Zorginstituut Nederland

Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: **de contouren**



Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: **de contouren**

Colofon

Auteurs
Dr. Marian Kaljouw en Dr. Katja van Vliet

Onder redactie van
De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Eindredactie
Dr. Katja van Vliet, Drs. Ans Grotendorst, Drs. Astrid Koeter en Paulien Spieker

Opmaak
Rogier van der Haak

Illustratie
Marissa Delbressine
Marvin van der Zwart

Uitgebracht aan
De Minister van VWS, op 10 april 2015

Afdeling
Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, Zorginstituut Nederland

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen
Dr. Marian Kaljouw (voorzitter)
Dr. Ben Bottema, huisarts en oud directeur eerstelijnsopleidingen RadboudUMC
Dr. Thea Heeren, psychiater, voorzitter Raad van Bestuur GGz Centraal
Dr. Machteld Huber, senior researcher Louis Bolk Instituut
Mr. drs. Kete Kervezee, oud Inspecteur-generaal Onderwijs en Sociale Zaken
Dr. Paetrick Netten, internist Jeroen Bosch Ziekenhuis
Prof. dr. Dirk Ruwaard, hoogleraar Public Health en Health Care Innovation Universiteit Maastricht
Prof. dr. Marieke Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht
Drs. Peter Holland, oud voorzitter van de KNMG, toehoorder vanuit de Adviescommissie Kwaliteit

Secretaris: Dr. Katja van Vliet, programmamanager Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Team Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen
Dr. Marian Kaljouw
Dr. Katja van Vliet
Drs. Marielle Jambroes
Mary van der Linde

Projectleiders broedplaatsen
Drs. Klaus Boonstra (Friesland)
Drs. Saskia Schalkwijk (Amsterdam-Amstelveen)
Drs. Marco van Alderwegen (Rotterdam)
Dr. Erik van Rossum (Heerlen)

Inhoud

Aanbiedingsbrief

Geachte Minister Schippers,

In de vergadering van 16 februari 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het advies ‘Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren’ besproken en vastgesteld.
In 2012 heeft u gevraagd een advies uit te brengen over een toekomstgerichte beroepenstructuur en een opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in Nederland. Het toenmalige College voor Zorgverzekeringen heeft daarvoor op 3 mei 2012 een voorlopige commissie ingesteld. Op 1 april 2014 is de definitieve commissie ingesteld, gelijktijdig met de oprichting van Zorginstituut Nederland.

Dit advies is een uitnodiging voor een maatschappelijke discussie. Het presenteert een continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg in 2030. Eind 2015 verschijnt het onderwijsadvies. Dat advies geeft richting aan ‘een leven lang leren’ en geeft antwoord op de vraag hoe het continuüm van bekwaamheden in opleidingsroutes kan worden vormgegeven.

De commissie heeft zich gericht op het jaar 2030 en de vraag gesteld welke zorg er dan nodig is op basis van lokale en regionale demografische ontwikkelingen. Het functioneren van burgers en een nieuw concept van gezondheid zijn uitgangspunt. Van de oude definitie van gezondheid (WHO, 1948) is door de commissie afstand genomen.
Dit advies is een stap in een inmiddels ingezet veranderingsproces. Voorspellingen brengen risico’s met zich mee, we weten immers niet wat we niet weten. Het advies is gericht op het jaar 2030. Dit lijkt ver weg, maar dat is het niet. De zorgprofessional in 2030 zit nu op de basisschool.

De commissie presenteert geen beroepenstructuur, maar adviseert een dynamisch continuüm van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag. Dit betekent continue aanpassing en afstemming en vergt veel meer flexibiliteit dan het huidige systeem.
Dit advies is een uitnodiging voor een maatschappelijke discussie. De toekomst vraagt om andere zorg en dus om andere zorgprofessionals. Burgers moeten betrokken worden bij deze discussie.

In dit advies staat het functioneren van de burger centraal. Niet alleen de kwaal of de aandoening maar de beperking die dit met zich mee brengt is belangrijk. De meeste mensen ervaren helemaal geen beperkingen en zijn prima in staat hun eigen aandoening(en) te regisseren. Ondersteunende technologie gaat hierbij een steeds grotere en belangrijkere rol spelen.
De commissie heeft de afgelopen drie jaar met meer dan 1000 betrokkenen en deskundigen gesproken. Er zijn vele denktanks, experts en focusgroepen geraadpleegd. Er is op meer dan 100 bijeenkomsten en congressen gepresenteerd.

Dit advies is een advies van de zorg, door de zorg en voor de zorg.

Dr. Marian J. Kaljouw
Voorzitter Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Drs. Arnold H.J. Moerkamp
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Dankwoord

In april 2012, werd de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen benoemd. Nu, drie jaar later, is het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen' klaar. Bij dit advies zijn veel mensen betrokken geweest. De belofte op het zorgberoependebat in december 2013 'een advies van de zorg, door de zorg, voor de zorg' is waargemaakt.

Graag wil ik, namens de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen de broedplaatsen Friesland, Amsterdam & Amstelveen, Rotterdam en recentelijk ook Heerlen bedanken voor het vertrouwen dat ze in ons stelden. De projectleiders Klaus Boonstra, Saskia Schalkwijk, Marco van Alderwegen en Erik van Rossum, en de ambassadeurs Diana Monissen, Huib de Jong, Anton Westerlaken en Luc de Witte wil ik bedanken voor hun inzet waar we komende periode gebruik van blijven maken voor de implementatie van de goede voorbeelden en het ontwikkelen van nieuwe opleidingen.

Twee series focusgroepen onder leiding van het Verwey-Jonker Instituut, in totaal 647 deelnemers, hebben ons geholpen door mee te praten over de uitgangspunten en het ABCD-model. Het 'Terschellingteam' dat met ons drie dagen heeft gewerkt aan het toetsen van het ABCD-model. Het expertteam technologie dat een 'rondje Nederland' heeft gemaakt en de stand van het zorgland op het gebied van technologie heeft geanalyseerd. De Nationale DenkTank 2013, die voor ons maanden lang aan slimme oplossingen heeft gewerkt.

Naast de focusgroepen en de broedplaatsen zijn verschillende denktanks betrokken geweest. Zowel burgers als professionals als beleidsmakers hebben de richting van het advies meebepaald.
In december 2014 hebben Marcel Geurts, Marianne Stadlander en Ans Grotendorst drie dagen met ons samengewerkt aan het uiteindelijke ontwerp van dit advies. Toen we na de kerstperiode terugkwamen met het eerste concept-advies was een groep meelezers bereid ons nogmaals feedback te geven om het advies te vervolmaken.

Het team dat voor de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen werkt is klein, maar we hebben ons steeds groot gevoeld door de samenwerking met het team van TNO en het Verwey-Jonker Instituut.

We hebben helaas afscheid moeten nemen van Yvonne van Gilse, zij overleed in 2014. We verloren in haar een belangrijk commissielid. Ook Els Borst, die de commissie adviseerde en mee zou gaan naar Terschelling, overleed in 2014. Gert Jan Gelderblom, die deel uitmaakte van het expertteam technologie, overleed eveneens in 2014.

Ik wil dit dankwoord eindigen met twee critical friends. De eerste is Katja Mur, de tweede Ans Grotendorst.

Namens de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen,

Marian Kaljouw

Samenvatting

In het advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*[1] presenteert de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen een dynamisch continuüm van bekwaamheden, afgestemd op de zorg die mensen in staat stelt zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg, waarbij de focus ligt op wat moet en niet op wat kan. Een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en vraagt regelmatige actualisering om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg.

De strategie die de commissie hanteert is een ontwerptraject met de verwachte zorgvraag in 2030 als uitgangspunt en met een aantal bouwstenen om de bovenbeschreven visie uit te werken en te onderbouwen. De aanpak kenmerkt zich door een intensieve interactie met het veld en een iteratief proces: stapsgewijze voortgang met gebruik van voortschrijdend inzicht in elke volgende fase. De inzet hiervan is dat dit advies kan rekenen op breed draagvlak en de beoogde innovaties in de zorg, beroepen en opleidingen in de praktijk al van start gaan. Het advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* is een stap in een inmiddels ingezet veranderingsproces. In aansluiting op dit advies volgt eind 2015 het advies over een hierop afgestemd opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in 2030.
Op basis van de visie en uitgangspunten van de commissie en het brede draagvlak bij burgers, professionals, bestuurders, opleiders en lokaal bestuur introduceert de commissie het ABCD-model (zie figuur 1). Dit model presenteert een integrale en dynamische benadering van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 en het professioneel handelen dat hierbij gewenst is in de context die hierbij relevant is.

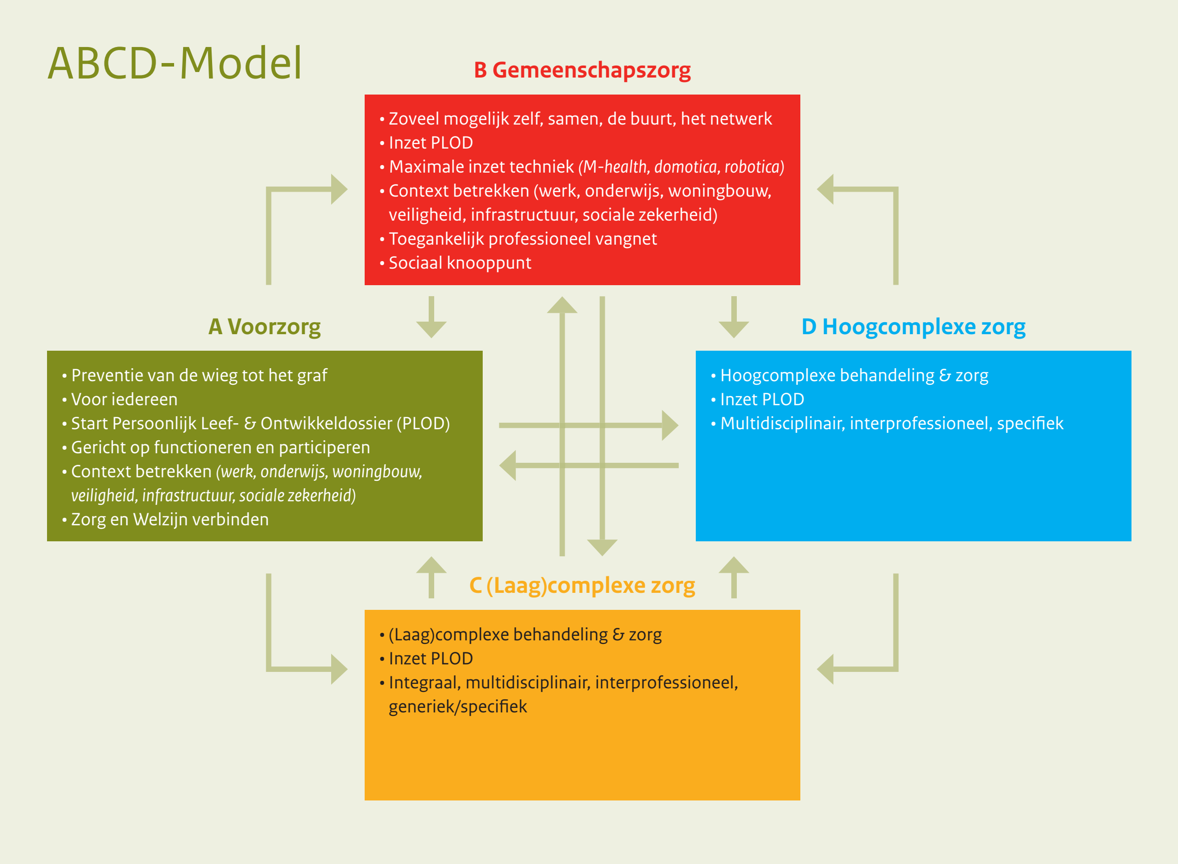
Voorzorg (A)
Voorzorg betreft de hele Nederlandse bevolking en richt zich op het bevorderen van gezond leven. Voorzorg is een maatschappelijke aangelegenheid waarbij veel domeinen betrokken zijn, waaronder de gezondheidszorg. Dat kan alleen met een integrale aanpak met aandacht voor gezondheidsvaardigheden in het onderwijs, het werk, de buurt en de zorg. Voorzorg richt zich op het ontwikkelen van veerkracht en op gezondheidsrisico's door gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie, individueel dan wel collectief.

Gemeenschapszorg (B)
Als er zorg nodig is wil iedereen het zoveel mogelijk zelf, samen en in de buurt regelen. Daarbij zijn veel voorzieningen zoals de woningbouw betrokken. Technologie speelt daarbij een grote rol. Er wordt veel gebruik gemaakt van digitale informatie. Een 'foto van de buurt' die regelmatig wordt geactualiseerd, laat zien wat er nodig is in die buurt. Professionele ondersteuning of behandeling is beschikbaar als het nodig is. Er is één goed bereikbaar en toegankelijk aanspreekpunt en een professioneel vangnet.

Laagcomplexe tot complexe zorg (C)
Laagcomplexe tot complexe zorg is basiszorg en gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop. Beoordeling en toeleiding gaan aan de behandeling vooraf. Functioneren is het uitgangspunt. Steeds dient gekeken te worden naar wat nodig is en niet naar wat kan. Ook in C speelt technologie een grote rol, niet alleen bij behandeling, maar ook bij communicatie en informatie.

Hoogcomplexe zorg (D)
Hoogcomplexe zorg is de zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Dit uitgangspunt heeft concentratie van hoogcomplexe zorg tot gevolg. Ook hier blijft het uitgangspunt: 'functioneren'.

1 *Het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' is uitgebracht aan de Minister van VWS op 10 april 2015.*



Figuur 1: ABCD-Model, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015

Zorgarrangementen door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams

Op basis van de belangrijkste trends uit de prognoses van de zorgvraag 2030 heeft de commissie 23 burgerprofielen geformuleerd. Deze zijn per profiel verdeeld over de zorggebieden ABCD en vervolgens geclusterd in 6 clusters op basis van overeenkomst[2]. Daaruit blijkt dat in 2030 een groot deel van de mensen meerdere problemen en/of aandoeningen heeft en zich in meerdere zorggebieden beweegt. Context-complexiteit en patiënt-complexiteit bepalen in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen.

Om dit te kunnen bewerkstelligen introduceert de commissie *zorgarrangementen* die worden uitgevoerd door *multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams*. Multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams bestaan uit zorgprofessionals die tezamen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen. De burger maakt deel uit van het team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Wanneer de burger hier niet toe in staat is ondersteunt de teamregisseur (spelverdeler), die - afhankelijk van de situatie - kan wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of locatie. De meeste zorgprofessionals zijn generalistisch en bewegen zich in A, B, C en D. Een kleinere groep zorgprofessionals richt zich primair op complexe zorg in D.

Bekwaamheden

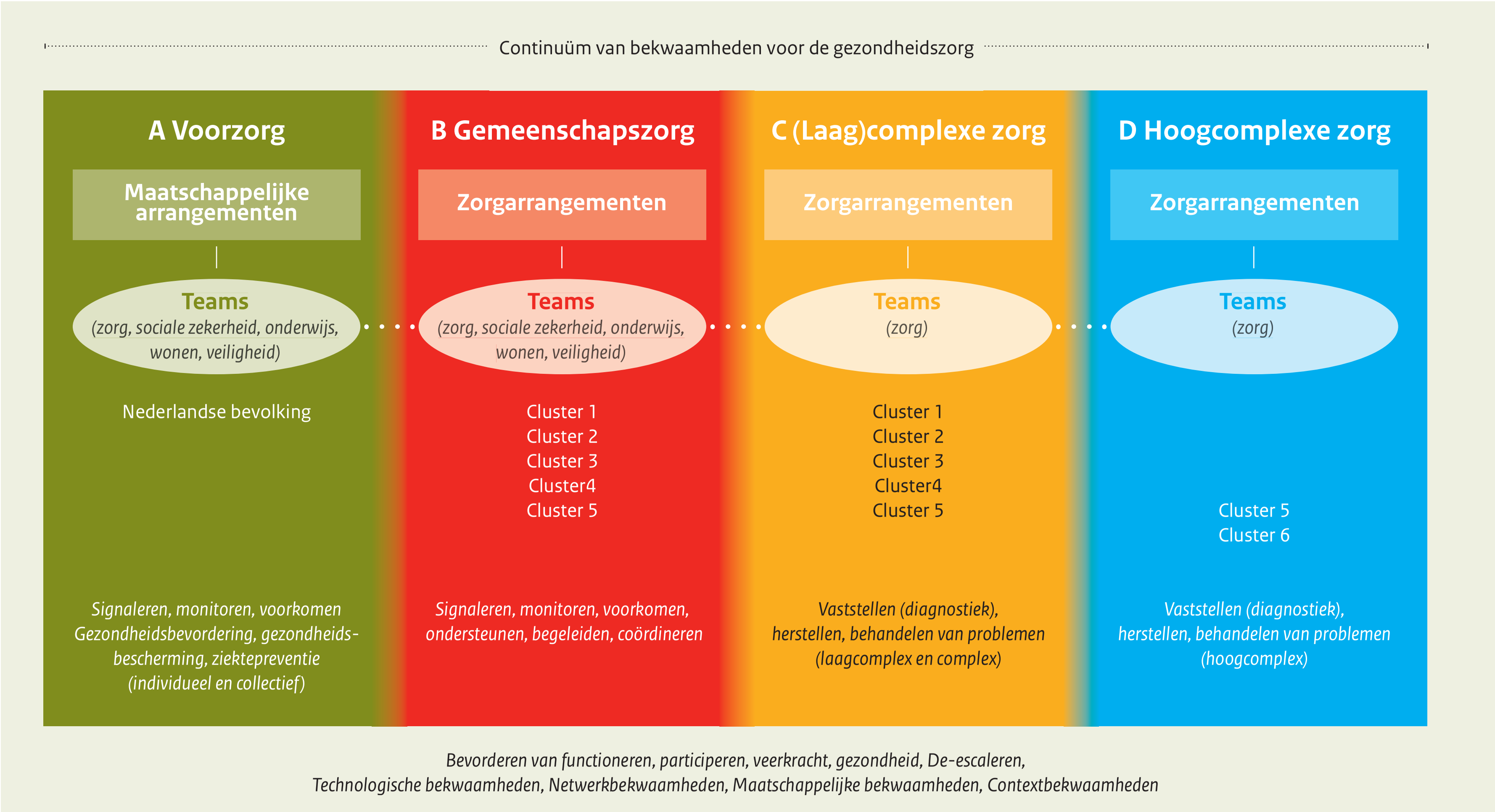
Alle zorgprofessionals handelen vanuit de vraag ‘Wat is nodig om het functioneren te herstellen, respectievelijk te bevorderen?’ Iedere zorgprofessional beschikt daarnaast over een aantal generalistische bekwaamheden: netwerkbekwaamheden, technologische bekwaamheden en maatschappelijke en contextbekwaamheden. Belangrijk voor alle professionals is dat ze kunnen de-escaleren: professionele

2 Zie hoofdstuk 3 voor de beschrijving van de 23 burgerprofielen en 6 clusters.

zorg is altijd gericht op het zelfstandig, of zo zelfstandig mogelijk, functioneren van burgers in de eigen leefomgeving. Na behandeling, ingreep of tijdelijk overname van functioneren is de zorg gericht op terugkeer naar huis. Daarnaast beschikken de teams over bekwaamheden die nodig zijn voor het verlenen van zorg aan mensen met bijvoorbeeld chronische aandoeningen, multimorbiditeit, functioneringsproblemen, psychische aandoeningen.

Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg

De toekomst van de professionele zorg is gelegen in een dynamisch continuüm van bekwaamheden dat gericht is op de zorgvraag en bijdraagt aan het functioneren van burgers. Het model *Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg* (zie figuur 2) illustreert de populaties die in de verschillende, in elkaar overlopende, zorggebieden voorkomen. In het model wordt ook zichtbaar dat zorgprofessionals uit de verschillende teams werkzaam kunnen zijn in verschillende zorggebieden. Door uit te gaan van de vraag en hierop afgestemde zorgarrangementen beoogt de commissie een einde te maken aan het huidige gefragmenteerde aanbod. Hiervoor is een *nieuwe manier van werken* en zijn *andere bekwaamheden* nodig. Deze bekwaamheden worden concreet uitgewerkt in het advies over de opleidingen. In hoofdstuk 3 van dit advies gaat de commissie, op hoofdlijnen, in op deze bekwaamheden.



Figuur 2: Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg, Commissie Innovatie Zorgberoepen & opleidingen, 2015

1 Missie, visie en strategie

De zorgvraag verandert. We worden steeds ouder en hebben vaak meerdere chronische aandoeningen. Tegelijkertijd worden we mondiger en willen we in toenemende mate de regie hebben over onze eigen gezondheid en zorg. Zorg en behandeling komen in het teken te staan van het stimuleren, herstellen of in ieder geval zoveel mogelijk behouden van de mogelijkheden om te kunnen functioneren en participeren. We leven in een snel veranderende en complexer wordende samenleving. De veranderende zorgvraag in combinatie met maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, evenals de transities in de zorg die nu al zijn ingezet, stellen nieuwe eisen aan het handelen van professionals. Dit vraagt om een andere toerusting en een ander gedrag van professionals én burgers.

1.1 Missie

De missie van de commissie is het ontwikkelen van een continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg en een daarbij aansluitend opleidingscontinuüm [3], afgestemd op de zorg die mensen in staat stelt zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg waarbij de focus ligt op wat moet en niet op wat kan. Een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en wordt regelmatig geactualiseerd om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg.

1.2 Visie

De commissie heeft drie uitgangspunten geformuleerd.

Drie uitgangspunten
1. Functioneren centraal
2. Een nieuw concept van gezondheid
3. De zorgvraag in 2030

Functioneren centraal

In de visie van de commissie staat het functioneren van mensen centraal en levert de gezondheidszorg een bijdrage aan het bevorderen daarvan. Functioneren houdt in dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Het omvat lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO (2001) beschrijft het functioneren in termen van functies (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme), activiteiten (onderdelen van iemands handelen) en participatie (deelname aan het maatschappelijk leven). Fysieke en psychische problemen kunnen leiden tot ernstige belemmering en vermindering van de dagelijkse activiteiten.

Functioneringsproblemen worden niet alleen bepaald door iemands gezondheidstoestand. Naast verouderingsprocessen en chronische aandoeningen spelen ook persoonlijke en externe factoren een rol, zoals de levensfase waarin iemand verkeert en de levensomstandigheden (wonen, werk, fysieke en sociale omgeving). Functioneren is daarmee individueel bepaald, maar heeft ook een contextuele en collectieve dimensie. Zorg dient aan te sluiten bij wat voor iemand persoonlijk belangrijk is om te kunnen functioneren in het dagelijks leven, én betreft interventies op collectief niveau, bijvoorbeeld gericht op de leefomgeving.

Een nieuw concept van gezondheid: veerkracht en eigen regie

Bij het centraal stellen van het functioneren past een nieuw dynamisch concept van gezondheid (Huber, et al., 2011): 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. In dat concept betekent gezond zijn

3 Zie bijlage 1 voor een omschrijving van de begrippen.

het zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht.

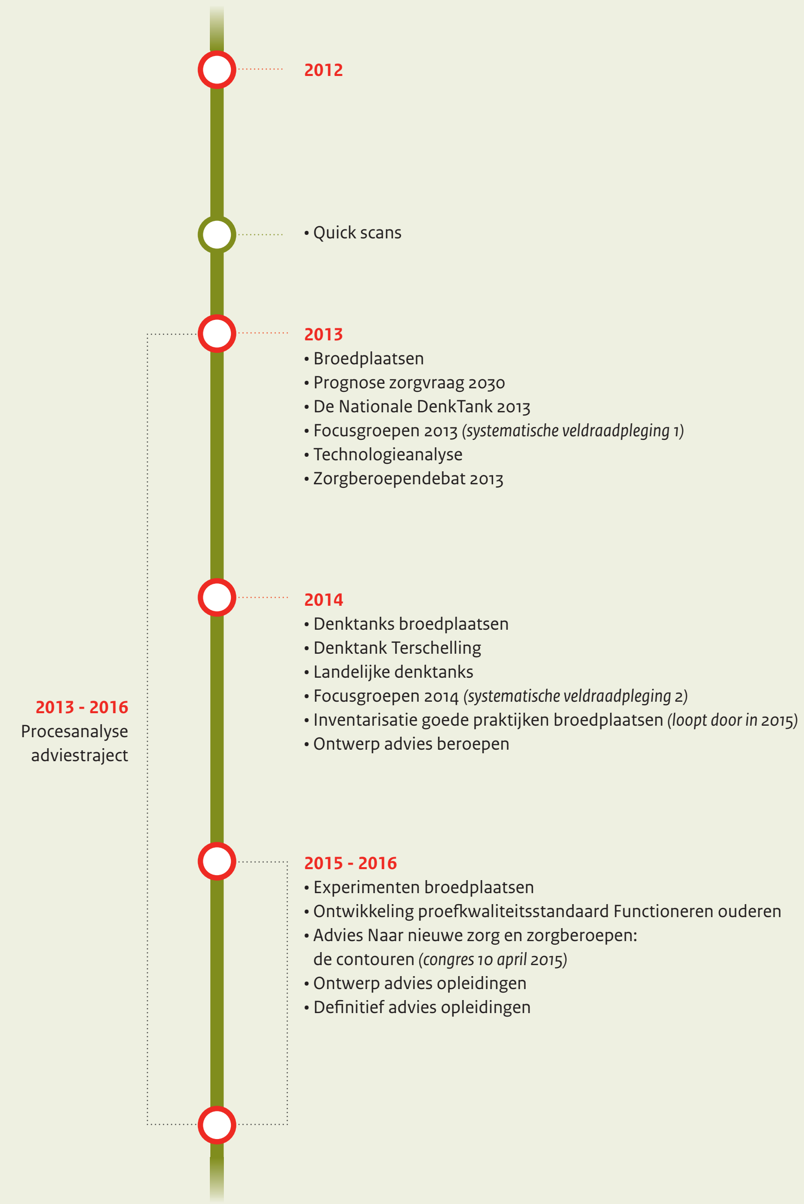
Het nieuwe concept van gezondheid is geformuleerd als reactie op de kritiek op de nog steeds gehanteerde definitie van de WHO uit 1948. Die definitie beschrijft gezondheid als een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn. Volgens deze definitie is bijna niemand gezond. Het ideaal van volledig welzijn draagt volgens de critici bij aan medicalisering. Bovendien zegt de statische definitie niets over het dynamische vermogen van mensen om adequaat om te (leren) gaan met ziekte of beperkingen.

Uitgaan van de zorgvraag: wat is er nodig in 2030?
Als de inzet is gericht op het functioneren van burgers dan dient de vraag centraal te staan: wat is hiervoor nodig? Welke zorg draagt bij aan het behoud of herstel van het functioneren? Inzicht in de toekomstige zorgvraag levert onderbouwing voor wat er straks nodig is aan zorg, beroepen en opleidingen. Gekozen is voor 2030 als stip op de horizon: ver genoeg weg om de gewenste veranderingen te bewerkstelligen en dichtbij genoeg om toekomstbeelden te schetsen. Met dit inzicht kunnen we ook vaststellen welke innovaties wel en welke niet passen bij de toekomstige zorgvraag.

Het centraal stellen van functioneren betekent in de eerste plaats dat de te verwachten functioneringsproblemen in kaart moeten worden gebracht. Tot nu toe hebben de prognoses betrekking op ziekten en aandoeningen. Een belangrijke toevoeging is het functioneren van ouderen met behulp van de door TNO ontwikkelde functioneringsprofielen (Chorus et al., 2014a-d; zie hoofdstuk 2).

1.3 Strategie

De strategie die de commissie hanteert is een ontwerptraject met de zorgvraag in 2030 als uitgangspunt en met een aantal bouwstenen om de bovenbeschreven visie uit te werken en te onderbouwen. De prognose van de zorgvraag geeft aan wat er in 2030 nodig is met de focus op het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. Vervolgens is aan de orde wat dat betekent voor de toekomstige zorg, hoe die gaat plaatsvinden, wie (burgers en professionals) dat doen en waar. Het ontwerp van de zorg in 2030 vormt de basis voor een nieuw continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm. In het volgende hoofdstuk wordt de aanpak uitgewerkt.



Figuur 2.1: Bouwstenen adviestraject Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

2 Aanpak en resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak van het adviestraject en de resultaten op hoofdlijnen. In figuur 2.1 is de aanpak schematisch weergegeven. In bijlage 2 is een samenvatting van de resultaten van de verschillende bouwstenen opgenomen.

2.1 Aanpak

Het advies betreft de totale gezondheidszorg: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, publieke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, jeugdzorg, thuiszorg en maatschappelijke ondersteuning. Startpunt is de zorgvraag, ofwel: wat is er nodig in 2030? De prognose van de zorgvraag in 2030 heeft geleid tot een ontwerp van de zorg in 2030 dat de basis vormt voor een nieuw beroepencontinuüm en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm.

De aanpak kenmerkt zich door een intensieve interactie met het veld en een iteratief proces: stapsgewijze voortgang met gebruik van voortschrijdend inzicht in elke volgende fase. De inzet hiervan is dat het uit te brengen advies breed gedragen wordt en de beoogde innovaties in de zorg, beroepen en opleidingen in de praktijk al van start gaan. Er zijn al veel zorgvernieuwingen gaande en het is van belang om hierbij aan te sluiten en deze te toetsen aan wat er nodig is.

2.2 Bouwstenen

Het adviestraject is in de loop van 2012 gestart met het beantwoorden van vier grote vraagstukken door middel van *Quick scans*:

- Demografische en epidemiologische ontwikkelingen (Van der Kwartel, et al., 2012).
- De huidige beroepen en opleidingen in de zorg (Van der Velden et al., 2012).
- Innovaties in zorgberoepen en opleidingen (Spieker, 2012, 2013).
- Gesignaleerde ontwikkelingen en oplossingsrichtingen uit recente rapporten en adviezen (Van Vliet; Spieker en Kaljouw, 2013).

Naast landelijke raadplegingen heeft de commissie gekozen voor een regionale focus met zogenaamde *broedplaatsen*. Daar zijn twee redenen voor. De eerste: de regionale verschillen in de ontwikkeling van de zorgvraag (Van der Kwartel, et al., 2012) en in de zorgberoepen en –opleidingen (Van der Velden, et al., 2012). De tweede: de commissie wil aansluiten bij wat er al gaande is. Lokaal en regionaal wordt steeds meer samengewerkt aan vernieuwingen in de zorg en in beroepen en opleidingen. In 2013 en 2014 zijn vier broedplaatsen gestart waaraan de betrokken zorgpartijen in die regio of stad deelnemen. Als eerste broedplaats is de provincie Friesland gestart, gevolgd door Amsterdam en Amstelveen. Daarna, in 2014, Rotterdam. De laatste broedplaats is Heerlen. Die is vooral gericht op de inzet van technologie voor ouderen om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en participeren.

De activiteiten in de broedplaatsen bestaan uit drie opeenvolgende fases: de analysefase, de broedfase en de experimenteerfase. In de analysefase heeft TNO in drie broedplaatsen -Friesland, Amsterdam & Amstelveen, Rotterdam- een inschatting gemaakt van *de toekomstige vraag naar zorg* door op basis van demografische ontwikkelingen (2012-2030) prognoses te geven van functioneringsproblemen, chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen (Chorus et al., 2014a-d). Daarbij heeft TNO gebruik gemaakt van beschikbare lokale of regionale databronnen. Indien lokale en regionale data niet beschikbaar waren, is gebruik gemaakt van landelijke data. Voor de prognoses van functioneringsproblemen van 65-plussers heeft TNO een empirisch gefundeerde methodiek ontwikkeld: Functioneringsprofielen (zie bijlage 2).

In 2013 was de commissie themapartner van *de Nationale DenkTank* die heeft nagedacht over de toekomstige zorg voor gezondheid. Er is gesproken met 574 experts, met diverse zorgverleners meegelopen en er is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. De resultaten zijn beschreven in het eindrapport 'Uitgedokterd. 10 oplossingen voor Veerkrachtzorg' (De Nationale DenkTank, 2013).

Via een *eerste systematische veldraadpleging met 28 focusgroepen* hebben 277 zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders (zie bijlage 3) hun visie gegeven op de zorg voor gezondheid in 2030 (De Gruijter et al., 2014; Verwey-Jonker Instituut, 2014). Evenals bij de Nationale DenkTank was de doelstelling om te doordenken hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zou moeten zien. Startpunt daarbij was het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al., 2011): 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

In 2013 is ook gestart met een *technologieanalyse* door een expertteam. In 2014 is aanvullend een aantal deskundigen geïnterviewd (zie bijlage 4). De eerste resultaten van het adviestraject tot dan toe zijn gepresenteerd op het Zorgberoependebat op 13 december 2013.

De prognose van de zorgvraag 2030 in de drie regio's was het uitgangspunt om in *denktanks in de broedplaatsen* uit te denken wat er straks nodig is aan zorg. De denktanks bestonden uit deelnemers van de in de broedplaats betrokken partijen (zorggebruikers, zorgorganisaties, zorgverzekeraar(s), opleidingen, gemeente(n), provincie). De denktanks hebben onafhankelijk van elkaar op basis van de prognoses van de zorgvraag voor hun provincie of stad het zorglandschap in 2030 ontworpen. Centrale vragen waren: wat kunnen mensen zelf, wat is mogelijk met technologie en e-health, wat kan het sociale netwerk bijdragen, welke professionele zorg is noodzakelijk en waar kan dat geregeld worden? De uitkomsten uit de denktanks in de broedplaatsen komen sterk met elkaar overeen en sluiten ook aan bij de uitkomsten van de focusgroepen 2013. Op basis hiervan heeft de commissie het ABCD-model ontwikkeld, waarin de zorg in 2030 wordt beschreven in vier zorggebieden: voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplexe tot complexe zorg (C) en hoogcomplexe zorg (D).

De uitkomsten van de denktanks in de broedplaatsen zijn uitgewerkt en aangescherpt in een meerdaagse *denktank Terschelling* bestaande uit deelnemers met een verschillende achtergrond en leeftijd (20-plussers tot en met 60-plussers; zie bijlage 3). De uitkomsten van de denktank op Terschelling zijn vervolgens getoetst in *11 landelijke denktanks* met belanghebbenden en betrokkenen in het veld zoals verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten, bestuurders, ZZP-ers en ouderen (zie bijlage 6).

In het najaar van 2014 heeft een *tweede systematische veldraadpleging plaatsgevonden met 34 focusgroepen*, waarin ongeveer 370 zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, gemeenten, onderzoekers en opleiders (zie bijlage 3) reflecteerden op de vier zorggebieden: voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplexe zorg en hoogcomplexe zorg, en de rol van de zorgprofessionals in die gebieden.

De resultaten vormden de basis voor de ontwikkeling van het onderhavige *advies Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. In aansluiting daarop wordt in de komende periode een daarop afgestemd *advies over de opleidingen* geformuleerd.

Daarnaast werken we samen met het Kwaliteitsinstituut van Zorginstituut Nederland en TNO aan een *proefkwaliteitsstandaard Functioneren van ouderen* op basis van de functioneringsprofielen, die TNO ontwikkeld heeft. Doel van de proefkwaliteitsstandaard is het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan ouderen door bij te dragen aan het behoud en herstel van het dagelijks functioneren van ouderen waar mogelijk en het bieden van ondersteuning waar dat nodig is.

Onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut volgen het hele adviestraject via een *procesanalyse*. Het doel is de werkwijze van het adviestraject en de opbrengsten daarvan te beschrijven en overdraagbaar te maken. Onderdeel daarvan is de *inventarisatie van goede praktijken*. Daarin staat het identificeren van werkzame elementen in zorgpraktijken in de broedplaatsen centraal. Daarnaast volgen de onderzoekers de werkzame elementen op het terrein van visieontwikkeling, werkwijze, context, draagvlakontwikkeling en overdraagbaarheid van onderdelen van het adviestraject zelf (zie bijlage 5).

2.3 Noodzaak tot innovatie

Uit de quick scans komt een beeld naar voren van grote fragmentatie van de zorg, beroepen en opleidingen. Er zijn meer dan 2400 verschillende zorg- en zorgverwante beroepen en functies en 1700 verschillende zorgopleidingen (Van der Velden et al., 2012). Er worden weliswaar veel vernieuwingen ingezet, maar die vinden plaats vanuit het bestaande aanbod en beroepen en binnen de grenzen van de eigen discipline. Vernieuwingen in beroepen en opleidingen worden vooral bepaald door subsidies, de markt, verdergaande specialisering, taakherschikking, opwaartse druk, eigen identiteit en technologie (Spieker, 2012, 2013).

Het is duidelijk dat de toenemende vergrijzing leidt tot een toename van het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen (Van der Kwartel et al., 2012) en daarmee een grote druk legt op de gezondheidszorg. Echter, de focus op ziekte en zorg biedt onvoldoende aanknopingspunten om te onderbouwen wat er nodig is aan zorg en in het verlengde daarvan in beroepen en opleidingen. De focus op aandoeningen geeft geen inzicht in het dagelijks functioneren van individuen en populaties en problemen daarmee. Burgers hebben in toenemende mate behoefte aan het voeren van eigen regie over hun leven. Dit is niet goed mogelijk binnen het huidige zorgsysteem.

De commissie stelt het functioneren van burgers centraal als maat voor volksgezondheid. Dat impliceert een benadering die uitgaat van mogelijkheden van individuen en hoe deze het best kunnen worden ondersteund, niet alleen vanuit de gezondheidszorg, maar ook vanuit andere domeinen. De commissie pleit dus voor een verschuiving van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (RVZ, 2010). Zorg dient dan gericht te zijn op het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren. Zorg staat in dienst van het functioneren en stelt mensen in staat zo lang en zo goed mogelijk zelfstandig te functioneren in hun eigen leefomgeving.

De resultaten uit de quick scans onderstrepen de noodzaak om een nieuw beroepencontinuüm en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm te ontwikkelen. Ontwikkelingen in de technologie gaan snel, terwijl toepassing ervan in de praktijk en opleidingen achterblijft. De snelle ontwikkelingen en de toenemende complexiteit van de zorg verhouden zich ook niet goed meer tot de gangbare methoden van opleiden en onderzoek doen. Tot slot belemmert de manier waarop de zorg is georganiseerd en gefinancierd de ontwikkeling en vooral ook de invoering van (bewezen) innovaties. Het wegnemen van belemmeringen en het verschaffen van positieve prikkels is een belangrijke voorwaarde voor innovatie.

2.4 Gedeelde visie op gezondheid

In de eerste veldraadpleging was de doelstelling om te doordenken hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zou moeten zien. Startpunt van de discussie over de toekomstige zorg voor gezondheid in de eerste veldraadpleging was het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al, 2011): ‘Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’.

In het algemeen is men positief over het nieuwe concept van gezondheid en onderschrijft men het belang van een omslag van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (De Gruijter et al., 2014). Wel plaatsen de deelnemers enkele serieuze kanttekeningen bij het nieuwe concept. De belangrijkste kanttekening is dat niet alle burgers in staat zijn om eigen regie over hun gezondheid te voeren. Ook kan het nieuwe concept het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg beïnvloeden, doordat verantwoordelijke burgers met een gezonde leefstijl mogelijk niet meer willen meebetalen aan de zorg die nodig is door ongezonde keuzes van andere burgers. Een ander belangrijk aandachtspunt is dat burgers ook de ruimte moeten krijgen van andere partijen om het eigenaarschap van hun gezondheid te claimen.

Zowel de Nationale DenkTank 2013 als de deelnemers aan de focusgroepen in de eerste veldraadpleging delen de visie dat veel meer moet worden ingezet op het bevorderen van gezond gedrag en dat het stimuleren daarvan overal moeten plaatsvinden: in de gezondheidszorg, op scholen, op het werk en in de buurt. De breed gedeelde verwachting is dat burgers - de kwetsbare uitgezonderd - meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid gaan nemen en zich vrijwillig willen inzetten voor anderen, ook als zij zelf kampen met gezondheidsproblemen. Hierbij is investeren in eigen (digitale en fysieke) netwerken van steeds groter belang.

Toenemende onderlinge afhankelijkheid is onvermijdelijk. Daarvoor is nodig dat burgers kunnen vragen om hulp. Dat is een vaardigheid die niet vanzelfsprekend is in onze samenleving met de focus op onafhankelijkheid en zelfstandigheid. In de opvoeding en het onderwijs zouden kinderen moeten worden voorbereid op het zelfredzaam zijn en het goed voor zichzelf kunnen zorgen. Voor volwassenen en ouderen is blijven leren van belang, mede omdat we langer gaan doorwerken. Deelnemers bevelen aan om toe te werken naar netwerken die ook voor mensen met ernstige chronische beperkingen open staan zoals ggz-cliënten en mensen met een verstandelijke beperking, want die krijgen tot nu toe weinig kansen om met hun mogelijkheden actief te blijven.

2.5 Prognose van de zorgvraag in 2030

TNO heeft voor de broedplaatsen Friesland, Amsterdam-Amstelveen en Rotterdam op basis van demografische ontwikkelingen (2012-2030) prognoses gegeven van de zorgvraag op basis van lokale en regionale data (Chorus et al., 2014a-d). Voor het functioneren van ouderen heeft TNO negen functioneringsprofielen ontwikkeld (zie tabel 2.1). Daarnaast zijn voor verschillende leeftijdsgroepen zoals ouderen, voor de bevolking vanaf 19 jaar en voor de jeugd[4] prognoses gemaakt van chronische aandoeningen, psychosociale problemen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen. Voor de broedplaats Heerlen zijn alleen de prognoses van het functioneren van ouderen toegepast vanwege de specifieke focus op technologie[5].

Vanwege de beschikbare databestanden hebben de functioneringsprofielen alleen betrekking op ouderen (65+) en op het fysiek functioneren, al dan niet gecombineerd met dementie. Ook is het met de huidige databestanden niet mogelijk om deze te combineren met aandoeningen en psychosociale problemen.

Functioneringsprofielen van ouderen (65+)		
Zonder noemenswaardige fysieke problemen	zonder dementie	1
	met lichte/matige dementie	2
Mobiliteitsproblemen	zonder dementie	3
	met lichte/matige dementie	4
Mobiliteitsproblemen en problemen in de zelfzorg	zonder dementie	5
	met lichte/matige dementie	6
Grote mate van (ernstige) fysieke problemen inclusief incontinentie	zonder dementie	7
	met lichte/matige dementie	8
Ernstige mate van dementie, welke zorg behoeft op het niveau van intramurale zorg		9

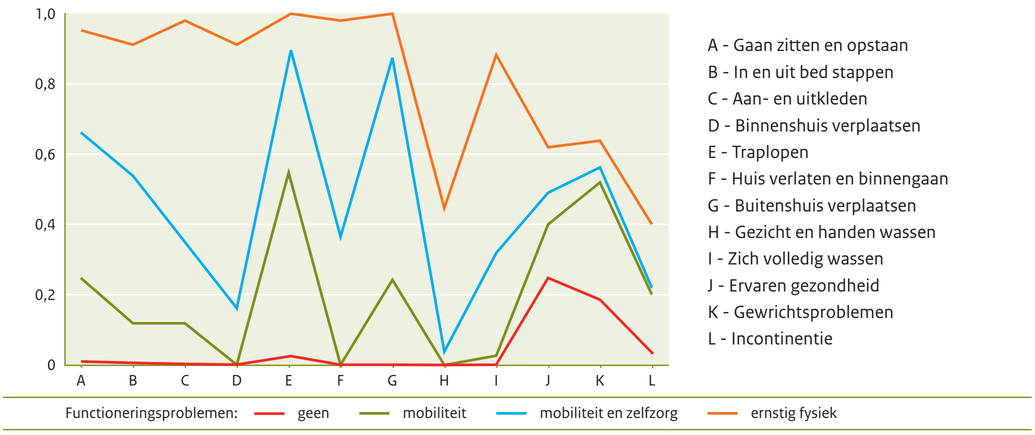
Tabel 2.1: Functioneringsprofielen van ouderen (65+) (TNO)

De functioneringsprofielen zijn ontwikkeld op basis van representatieve data over het functioneren van mensen van 65 jaar en ouder. Uit een statistische analyse is gebleken dat 12 indicatoren leiden tot 4 fysieke functioneringsprofielen (zie figuur 2.2). Deze indicatoren hebben betrekking op ervaren gezondheid, incontinentie, algemene dagelijkse levensverrichtingen en zelfzorgactiviteiten. Het functioneren van ouderen wordt mede beïnvloed door psychische factoren. Een belangrijke psychische factor is dementie. Ernstige dementie leidt tot een sterke verslechtering van het algeheel functioneren en is daarom als apart profiel opgenomen. Daarnaast beïnvloedt ook lichte/matige dementie het functioneren. Om die reden wordt in de 'fysieke profielen' onderscheid gemaakt naar de aan- of afwezigheid van lichte of matige dementie.

De prognoses zijn samengevat in bijlage 2. De overzichten per broedplaats met de prognoses voor 2030 zijn opgenomen in bijlage 6. Onderstaand zijn de belangrijkste trends samengevat.

4 *Er bestaan verschillen in de manier waarop gegevens worden verzameld per regio of gemeente, bijvoorbeeld over leeftijdsgroepen en (risico op) problemen en aandoeningen (zie de rapporten van TNO voor de gebruikte databestanden). Vanaf 2012 is gestart met de afstemming van de landelijke en lokale Monitors voor Volksgezondheid voor volwassenen en ouderen. De monitor voor jeugd volgt later (GGD Nederland, 2012).*

5 *De prognoses van Heerlen zijn niet opgenomen, omdat die nog niet beschikbaar waren. Het rapport is te lezen op de website (Chorus et al., 2014e).*



Figuur 2.2: Kans op problemen met functioneren per profiel (TNO, Perenboom et al., in voorbereiding)

Belangrijkste trends

Demografische ontwikkelingen: sterke toename van het aantal (oudere) ouderen, maar niet overal evenveel
Het aantal ouderen (65+) groeit sterk: in Amsterdam met meer dan de helft en in Friesland met bijna de helft. Rotterdam blijft wat achter door de dip in de bevolkingsgroei in 1945 ten gevolge van de Hongerwinter. Hierdoor werden er nauwelijks kinderen geboren. In Friesland neemt het aantal 75-plussers het meest toe. In Amsterdam zijn er stadsdelen (Amsterdam Centrum en Amsterdam Oost) waar het aantal (oudere) ouderen bijna verdubbelt of meer dan verdubbelt. In Friesland is ook sprake van afname van het aantal jeugdigen en volwassenen van 19 tot 64 jaar. De demografische ontwikkelingen in combinatie met de woonsituatie van veel ouderen, bijvoorbeeld in Amsterdam Centrum en Oost en op het Friese platteland, stellen het beleid om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen voor grote uitdagingen.

Meer dan de helft van de volwassen bevolking in de broedplaatsen heeft één of meerdere chronische (somatische) aandoeningen, maar dat zegt nog niets over het functioneren
Alleen al door de demografische verschuivingen groeit in alle broedplaatsen het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. In de volwassen bevolking is het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen groter dan het aantal mensen met één aandoening. Verreweg het meest voorkomend zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat, in Friesland en Amsterdam gevolgd door astma/COPD en incontinentie en in Rotterdam door astma en diabetes. Dementie is de snelste stijger maar de omvang is relatief klein ten opzichte van andere chronische aandoeningen. Chronische aandoeningen kunnen beperkingen in het functioneren met zich meebrengen, maar dat hoeft niet.

Het aantal ouderen (65+) met fysieke functioneringsproblemen (wel of niet gecombineerd met dementie) groeit met bijna de helft in de broedplaatsen
Door de demografische verschuivingen groeit zowel het aantal ouderen met functioneringsproblemen als het aantal ouderen zonder functioneringsproblemen met bijna de helft in de broedplaatsen. Meest voorkomende functioneringsproblemen zijn mobiliteitsproblemen, al dan niet met lichte tot matige dementie. Mobiliteitsproblemen zijn ook al aanwezig in de leeftijdsgroep van 20-64 jaar. Functioneringsproblemen kunnen de zelfredzaamheid van ouderen bedreigen, en zijn niet alleen afhankelijk van de medische situatie. Naast verouderingsprocessen en chronische aandoeningen spelen ook persoonlijke factoren en omgevingsfactoren een rol. Dit vraagt om maatregelen die zijn gericht op het voorkómen van functioneringsproblemen, het versterken van de eigen mogelijkheden om de zelfredzaamheid te behouden of te bevorderen en het beïnvloeden van niet-ziektegebonden factoren die dit bedreigen.

De sociaal-economische status in de broedplaatsen stijgt, maar verschillen blijven bestaan
Sociaal-economische status (SES) is gerelateerd aan gezondheidsproblemen. In alle broedplaatsen komen functioneringsproblemen en (multi)morbiditeit meer voor bij ouderen (65+) met een lage sociaal-economische status. De verwachte ontwikkeling is dat de SES stijgt in alle broedplaatsen. Dat

leidt tot een verschuiving van het aantal ouderen met (multi)morbiditeit en functioneringsproblemen met een lage, midden en hoge SES, maar verschillen blijven bestaan.

Aantal mensen met psychosociale problemen en psychische aandoeningen is omvangrijk en neemt toe
Het aantal mensen met psychosociale problemen (eenzaamheid, angst, depressiviteit) in de broedplaatsen is omvangrijk en neemt toe. In Amsterdam en Rotterdam heeft bijvoorbeeld 14% van de mensen van 19 jaar en ouder risico op eenzaamheid[6]. Ook het aantal mensen met psychische aandoeningen is omvangrijk en neemt toe. In 2030 loopt in Amsterdam en Rotterdam gemiddeld 11% van de volwassen bevolking risico op een psychische aandoening. In Friesland heeft in 2030 zelfs 19% van de bevolking van 18-64 jaar een psychische aandoening[7].

Chronische klachten/aandoeningen en psychosociale problemen ook al bij de jeugd
Ook bij de jeugd is al sprake van *chronische klachten/aandoeningen en psychosociale problemen*, al nemen de aantallen door de demografische ontwikkelingen weinig toe (in Amsterdam en Rotterdam) of zelfs af (in Friesland). In 2030 zijn de meest voorkomende chronische problemen in de groep vanaf 12 jaar (Amsterdam en Friesland) hoofdpijn, astma en allergie of eczeem. In de groep van 4-12 jaar (Rotterdam) zijn dat eczeem, allergie en astma/bronchitis.

2.6 De rol van technologie

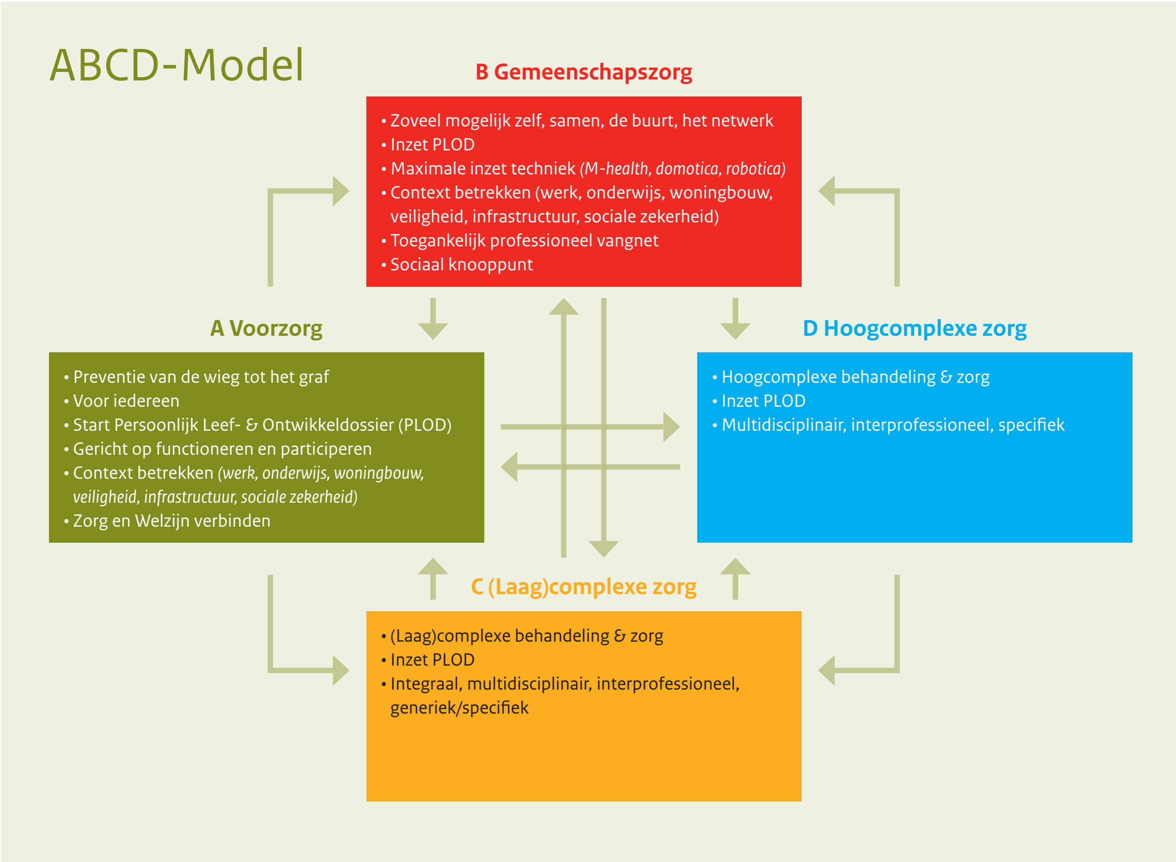
Zowel in de focusgroepen (1e en 2e ronde) als in de denktanks is benadrukt dat technologie een belangrijke rol heeft in de zorgvernieuwing (zie bijlage 3). Technologie kan zorgvragers mondiger maken en ervoor zorgen dat mensen langer kunnen thuis wonen. Ook de geraadpleegde experts zijn van mening dat technologie, met name e/mHealth (mobile health), bijdraagt aan de emancipatie van zorgvragers. Simpele beoordeling kan bijvoorbeeld met behulp van eHealth. E/mHealth kan bijvoorbeeld goed worden ingezet bij mensen met milde psychische problemen, al dan niet gecombineerd met face-to-face contacten. Ook de experts maken de kanttekening dat eigen regie met behulp van e/mHealth niet voor iedereen is weggelegd, zoals kwetsbare groepen met een lage sociaal-economische status.

Door ontwikkelingen in de computertechnologie, biotechnologie, nanotechnologie, robotica, AI (Artificiële Intelligentie) en 3D/4D-printing zal technologie volgens de experts een dominante plaats krijgen in preventie, diagnostiek, ondersteuning en behandeling, en zelfmanagement. In 2030 kunnen burgers veel zelf regelen, thuis of in de buurt, met zorg op afstand. Daardoor krijgen zorgprofessionals een meer uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. Dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen.

De experts plaatsen ook kanttekeningen bij de mogelijkheden en de rol van technologie. De verwachting voor de komende 15 jaar is dat de ontwikkelingen veelal incrementeel zullen zijn, dat wil zeggen: groeiend in omvang. In de chirurgie kan men met robotica nauwkeuriger werken, maar een zelfdenkende robot die zelfstandig operaties uitvoert lijkt nog ver weg. Het huishouden wordt wel gerobotiseerd en de robot zal ook worden ingezet voor relatief eenvoudige handelingen in de zorg. Hoewel er veel mogelijk is met technologie, ontbreekt regie. Daardoor zijn ontwikkelingen kleinschalig en gefragmenteerd en gaan zij minder snel dan zou kunnen.

6 *Voor de psychische aandoeningen en psychosociale problemen en de aandoeningen bij de jeugd is een vergelijking en optelling van de gegevens uit de broedplaatsen niet goed mogelijk. Dat komt door verschillen in de manier waarop gegevens worden verzameld per regio of gemeente, bijvoorbeeld over leeftijdsgroepen en risico op problemen en aandoeningen (zie de rapporten van TNO voor de gebruikte databestanden). Vanaf 2012 is gestart met de afstemming van de landelijke en lokale Monitors voor Volksgezondheid voor volwassenen en ouderen. De monitor voor jeugd volgt later (GGD Nederland, 2012).*

7 *In Amsterdam en Rotterdam is de dataverzameling gericht op het risico op eenzaamheid en psychische aandoeningen.*



Figuur 2.3: ABCD-Model, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015

2.7 Zorg in 2030: het ABCD-model

Op basis van de visie en uitgangspunten van de commissie en het brede draagvlak bij zorgvragers, professionals, bestuurders, opleiders en lokaal bestuur (De Gruijter et al., 2014, 2015, zie bijlage 2) introduceert de commissie het ABCD-model. Dit model presenteert een integrale en dynamische benadering van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 en het professioneel handelen in de context die hierbij relevant is.

Voorzorg (A)

Voorzorg betreft de gehele Nederlandse bevolking, het is van ons allemaal en voor ons allemaal. Voorzorg is slechts in beperkte mate gezondheidszorg, het gaat veel meer over maatschappelijke betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid. Voorzorg is voornamelijk zorg voor burgers, door burgers, en is gericht op het voorkómen van problemen en aandoeningen, dat wil zeggen op gezond leven vanaf de geboorte tot het einde van ons leven. Iedereen heeft een persoonlijk leef- en ontwikkeldossier (PLOD).

Voorzorg kan alleen met een integrale aanpak met aandacht voor gezondheidsvaardigheden in het onderwijs, het werk, de buurt en de zorg. Integraal betekent ook dat de schotten in de zorg (0e, 1e, 2e, 3e lijn) verdwijnen. Er zullen verschillende integrale organisatievormen ontstaan. Zorg en welzijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het gaat zowel om het functioneren van personen in hun leefomgeving als om doelgroepen of populaties zoals jeugd, werkenden, ouderen, mensen met een verhoogd risico op bepaalde problemen, mensen in een kwetsbare situatie. Voorzorg richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden om te kunnen omgaan met tegenslag op allerlei gebied (mentaal, sociaal, fysiek) en veerkracht. Voorzorg richt zich ook op het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's en beïnvloeding daarvan via gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering (gedragsbeïnvloeding) en ziektepreventie. Dit is zowel individueel als collectief van belang. Voorbeelden van gezondheidsrisico's zijn overmatig alcoholgebruik, experimentele drugs, onveilig vrijen of reizen naar risicovolle gebieden. Een voorbeeld van gezondheidsbescherming is verkeersveiligheid. Voorbeelden van ziektepreventie zijn vaccinatie en screening.

Gemeenschapszorg (B)
Als er zorg nodig is wil iedereen het zoveel mogelijk zelf, samen en in de buurt regelen. Daarbij zijn ook andere voorzieningen zoals de woningbouw betrokken. Woningen en buurten dienen mogelijkheden te bieden die functioneringsproblemen voorkomen en daarnaast geschikt te zijn voor mensen met functioneringsproblemen. Bijvoorbeeld goede straatverlichting waardoor mensen zich ook 's avonds op straat veilig voelen en brede stoepen waar je met een rollator kunt lopen. Technologie speelt een grote rol in het bevorderen van zelfstandig blijven functioneren in de eigen leefomgeving. Er wordt veel gebruik gemaakt van digitale informatie. Op basis van een 'foto van de buurt' die regelmatig wordt geactualiseerd, wordt vastgesteld wat er nodig is in die buurt. Mensen regelen alles zoveel mogelijk zelf en samen, maar als het nodig is, is professionele ondersteuning of behandeling beschikbaar. Er is één goed bereikbaar en toegankelijk aanspreekpunt. Voor mensen die zorg mijden is er een professioneel vangnet. Op lokaal niveau zijn coördinatiepunten (bijvoorbeeld bij de gemeente of een ander sociaal knooppunt) waar A, B en C elkaar ontmoeten. Wat thuis kan gebeurt thuis, kan dit niet dan vindt consultatie of doorverwijzing plaats. Hiervoor is deskundige beoordeling en toeleiding noodzakelijk.

Laagcomplexe tot complexe zorg (C)
Laagcomplexe tot complexe zorg is basiszorg en gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop. Van groot belang is hier de beoordeling die aan de behandeling is voorafgegaan. C is in principe toegankelijk voor iedereen, maar niet zonder meer. Functioneren is het uitgangspunt. Steeds dient gekeken te worden naar wat nodig is en niet naar wat kan. Ook in C speelt technologie een grote rol, niet alleen bij behandeling, maar ook bij communicatie en informatie is technologie een belangrijk middel. Functioneren als uitgangspunt betekent ook dat mensen zo snel mogelijk weer in staat gesteld moeten worden zelfstandig te zijn. Laagcomplexe en complexe zorg kan in verschillende organisatievormen worden aangeboden, afhankelijk van de gehanteerde schaalgrootte.

Hoogcomplexe zorg (D)
Onder hoogcomplexe zorg valt de zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van nadere diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Dit uitgangspunt heeft concentratie van hoogcomplexe zorg tot gevolg. Ook hier blijft het uitgangspunt functioneren. In veel gevallen zullen mensen, na behandeling, weer in staat zijn om min of meer (zelfstandig) te kunnen functioneren. Hoogcomplexe behandeling zal in een multidisciplinaire en hoogtechnologische omgeving worden vormgegeven. Hoogcomplexe zorg voor mensen met ernstige verstandelijke en/of psychische aandoeningen, ouderen met ernstige dementie en mensen in de terminale fase zal zoveel mogelijk in kleinschalige (woon)zorgvormen of thuis worden georganiseerd.

Samengevat
Het ABCD-model illustreert een dynamisch zorgproces waarbij de grootste inzet gericht is op het zelfstandig functioneren van burgers. Niet het aanbod (wat kan er) maar de vraag (wat is hier voor nodig) staat centraal. Dit impliceert een professionele geïntegreerde benadering van de totale gezondheidszorg (ABCD) en heeft grote consequenties voor de zorgberoepen. In hoofdstuk 3 is dit uitgewerkt.

3 Advies

Het in hoofdstuk 2 beschreven ABCD-model vormt het fundament onder een nieuw continuüm van bekwaamheden voor de professionele gezondheidszorg in 2030. In dit hoofdstuk werken we deze basis verder uit tot een dynamisch continuüm van bekwaamheden waarbij professioneel handelen is gericht op het bevorderen van functioneren.

3.1 Aanpak



Figuur 3.1: Ontwerpproces

De prognose van de zorgvraag 2030 in de drie regio's was het uitgangspunt om in denktanks in de broedplaatsen uit te denken wat er straks nodig is aan zorg. Op basis hiervan heeft de commissie het ABCD-model ontwikkeld, waarin de zorg in 2030 wordt beschreven in vier zorggebieden: voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplexe tot complexe zorg (C) en hoogcomplexe zorg (D). Vervolgens heeft de commissie op basis van de prognoses van TNO (Chorus et al, 2014) 23 profielen geformuleerd die de 17 miljoen burgers in 2030 beschrijven (zie 3.2). Vervolgens zijn de profielen voorgelegd aan een ontwerpteam. Het ontwerpteam heeft de 23 burgerprofielen verdeeld over de zorggebieden ABCD door per profiel percentages toe te kennen aan de gebieden tot een totaal van 100% (zie 3.3). Vervolgens heeft het ontwerpteam de burgerprofielen geclusterd op basis van overeenkomst (3.4). Op basis van deze clusters worden zorgarrangementen samengesteld die worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams met daarin de noodzakelijke bekwaamheden.

3.2 Burgerprofielen

Een belangrijke toevoeging aan de bestaande prognoses is het functioneren van ouderen (65+) met de door TNO ontwikkelde functioneringsprofielen (Chorus et al, 2014). Vanwege de beschikbare databestanden hebben de functioneringsprofielen alleen betrekking op ouderen (65+) en op het fysiek functioneren, al dan niet gecombineerd met dementie. Ook is het met de huidige databestanden niet mogelijk om deze te combineren met bijvoorbeeld chronische aandoeningen en psychosociale problemen.

Op grond van een aantal overwegingen is als vervolgstap gekozen voor een meer kwalitatieve benadering door het formuleren van 23 burgerprofielen die zijn opgebouwd uit de (meest) voorkomende problemen en aandoeningen en combinaties daarvan.

Ten eerste zullen met de toenemende vergrijzing combinaties van aandoeningen en problemen zich steeds vaker voordoen, zoals ook blijkt bij de chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Ten tweede zal er een grote groep burgers zijn zonder problemen en aandoeningen, zeker als fors wordt ingezet op voorzorg. Ten derde zal er ook een grote groep burgers zijn met aandoeningen die niet gepaard gaan met beperkingen in het functioneren en waarvoor door zelfmanagement niet of weinig professionele zorg nodig is. Pas als chronische aandoeningen tot (forse) beperkingen in het dagelijks functioneren leiden, zal een zorgvraag ontstaan. De mate en ernst van de aandoeningen en problemen, evenals persoonlijke en externe factoren bepalen de zwaarte van de zorgvraag. Ten vierde doen zich naast chronische aandoeningen en problemen ook tijdelijke, al dan niet acute, problemen voor. Deze kunnen ook weer verschillen in ernst en complexiteit (laagcomplexe tot hoogcomplexe problemen). Combinaties met andere aandoeningen en problemen zijn van invloed op de zorgvraag en de benodigde zorg. Een voorbeeld is een longontsteking bij een oudere met meerdere chronische aandoeningen, fysieke functioneringsproblemen en toenemende dementie.

Onderstaand zijn de 23 burgerprofielen beschreven. Het eerste profiel betreft de burgers zonder probleem of aandoening. De 22 andere profielen zijn opgebouwd uit de (meest) voorkomende, en combinaties van, problemen en aandoeningen. De profielen zijn niet 100% uitputtend, maar verklaren wel het grootste aandeel van de zorgvraag 2030.

Burgerprofielen

1. Geen probleem
2. Laagcomplex probleem
3. Een of meer chronische aandoeningen[8]
4. Functioneringsproblemen[9] en chronische aandoening(en)
5. Psychische aandoening
6. Psychische aandoeningen en chronische aandoening(en)
7. Functioneringsproblemen, chronische aandoening(en), psychosociale problemen
8. Psychosociale problemen
9. Psychische aandoening, psychosociale problemen en chronische aandoening(en)
10. Psychische aandoening, functioneringsproblemen, chronische aandoening(en)
11. Laagcomplex probleem, chronische aandoening(en)
12. Laagcomplex probleem, functioneringsproblemen, chronische aandoening(en)
13. Laagcomplex probleem, functioneringsproblemen, psychosociale problemen
14. Laagcomplex probleem, psychische aandoening, chronische aandoening(en)
15. Laagcomplex probleem, psychosociale problemen, chronische aandoening(en)
16. Laagcomplex probleem, psychische aandoening, functioneringsproblemen, chronische aandoening(en)
17. Hoogcomplex probleem
18. Hoogcomplex probleem, chronische aandoening(en)
19. Hoogcomplex probleem, functioneringsproblemen, chronische aandoening(en)
20. Hoogcomplex probleem, functioneringsproblemen, psychosociale problemen
21. Hoogcomplex probleem, psychische aandoening, chronische aandoening(en)
22. Hoogcomplex probleem, psychosociale problemen, chronische aandoening(en)
23. Hoogcomplex probleem, psychische aandoening, functioneringsproblemen, chronische aandoening(en)

3.3 Verdeling burgerprofielen over de zorggebieden (ABCD)

Het ontwerpteam heeft de 23 burgerprofielen verdeeld over de zorggebieden ABCD door per profiel percentages toe te kennen aan de gebieden tot een totaal van 100%. Daarbij zijn de volgende vragen gesteld: ‘Heeft het profiel een beperking van het functioneren tot gevolg? Wat is er nodig? Wat kan de burger zelf en wat kan het netwerk? Wat kan in A, wat in B, wat moet in C en wat moet in D?’ De verdeling per profiel over de zorggebieden is een inschatting. Dit beeld kan verschuiven. Afhankelijk van de

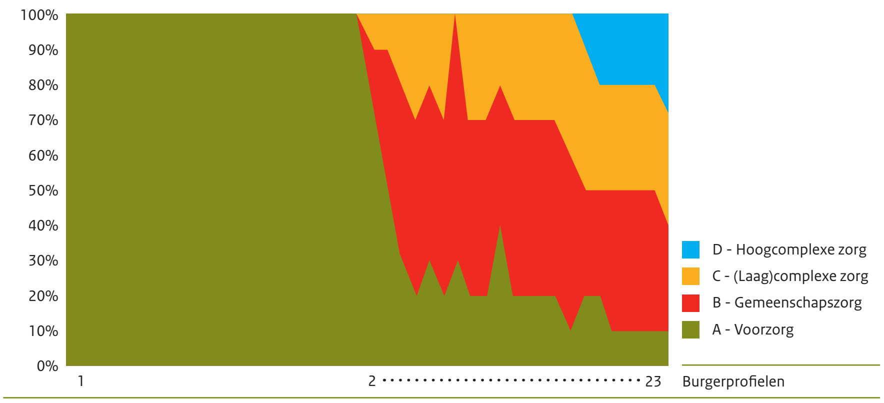
8 Chronische somatische aandoeningen inclusief dementie (zie bijlage 6).

9 Fysieke functioneringsproblemen wel of niet gecombineerd met lichte of matige dementie (zie Functioneringsprofielen TNO).

individuele situatie, de context (patiënt- en contextcomplexiteit) verandert ook de verdeling. Vervolgens is de totale Nederlandse bevolking in 2030 (17 miljoen) op basis van een inschatting[10] verdeeld in het aantal burgers zonder probleem of aandoening (profiel 1) en het aantal burgers met probleem of aandoening (profiel 2-23).

Figuur 3.2 geeft de verdeling van de 23 burgerprofielen over de zorggebieden van de totale Nederlandse bevolking (17 miljoen) in 2030. Zo wordt duidelijk dat het dominante gebied (groen) de voorzorg is. Hier valt de grootste gezondheidswinst te behalen, al is het aandeel gezondheidszorg in vergelijking met de inbreng vanuit andere maatschappelijke domeinen klein.

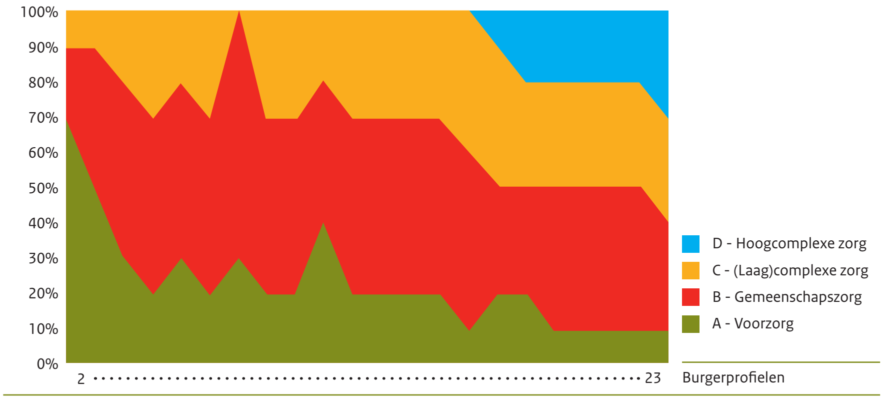
TOTALE NEDERLANDSE BEVOLKING: (17.000.000)



Figuur 3.2: Verdeling van de 23 burgerprofielen over de zorggebieden

Vervolgens is een verdeling van de profielen over de zorggebieden gemaakt waarbij profiel 1 (geen probleem of aandoening buiten beschouwing is gelaten. Figuur 3.3 geeft de verdeling van de 22 burgerprofielen (10 miljoen) met problemen en/of aandoeningen over de zorggebieden.

NEDERLANDSE BEVOLKING MET PROBLEMEN EN/OF AANDOENINGEN: (10.000.000)



Figuur 3.3 : Verdeling van de burgerprofielen met problemen/aandoeningen (2-23) over de zorggebieden

Wat opvalt is dat alle burgerprofielen (x-as) in meerdere zorggebieden tegelijk voorkomen. De meeste in A, B en C, een kleinere groep in A, B, C en D. De meeste tijd verblijft de burger in zijn eigen leefomgeving (gemeenschapszorg), de minste tijd in de hoogcomplexe zorg.

10 *De inschatting van 7 miljoen zonder problemen en/of aandoeningen en 10 miljoen met problemen en/of aandoeningen in 2030 is gebaseerd op demografische ontwikkeling op basis van de lokale prognoses van TNO, het aantal ziekenhuisopnames per jaar) en het aantal huisartsenbezoeken per jaar.*

3.4 Clustering van de burgerprofielen

Een volgende stap is gemaakt door de burgerprofielen te clusteren op basis van overeenkomsten. Zo ontstaat de mogelijkheid om zorgarrangementen te ontwikkelen zonder afbreuk te doen aan maatwerk wanneer dit nodig is. Profielen en clusters kunnen wijzigen om diverse redenen. De commissie adviseert nader onderzoek te doen naar de profielen en de clusters en deze in de tijd te evalueren en zo nodig aan te passen aan ontwikkelingen die zich de komende jaren zullen voordoen. In het algemeen vraagt het uitgaan van het functioneren van burgers om een andere wijze van dataverzameling dan nu plaatsvindt zoals de mogelijkheid om data te combineren tot profielen. Het vraagt ook om andere indicatoren zoals zelfredzaamheid en sociale binding. Pas dan is het mogelijk om ‘een foto van de buurt’ te maken en vast te stellen welke zorgarrangementen en bekwaamheden nodig zijn. De commissie beveelt aan om nader onderzoek te doen naar profielen en indicatoren en de dataverzameling daarop af te stemmen.

Clusters van burgerprofielen

1. Alleen laagcomplexe problemen.
2. Chronische aandoeningen zonder of met functioneringsproblemen en/of psychosociale problemen.
3. Psychische aandoeningen zonder of met chronische aandoeningen, functioneringsproblemen en/of psychosociale problemen.
4. Laagcomplexe problemen met (combinaties van) chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, functioneringsproblemen en/of psychosociale problemen.
5. Hoogcomplexe problemen met (combinaties van) chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, functioneringsproblemen en/of psychosociale problemen.
6. Alleen hoogcomplexe problemen.

Een belangrijk punt is dat door het formuleren van de burgerprofielen, en de verdeling over de zorggebieden ABCD, duidelijk wordt dat de overeenkomsten tussen de profielen groter zijn dan de verschillen. Grote groepen burgers hebben in 2030 functioneringsproblemen die voornamelijk verklaard worden door klachten aan het bewegingsapparaat. Aangezien dit de groep mensen betreft die ouder zijn dan 65 jaar is hier waarschijnlijk sprake van overlap met het hebben van meerdere chronische aandoeningen en psychosociale problemen. Deze overlap speelt ook bij mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap en mensen met een psychische aandoening.

3.5 Wat betekent dit voor zorgprofessionals?

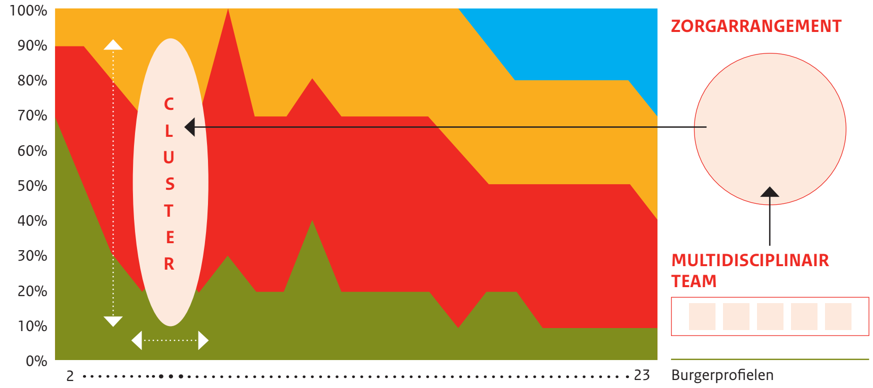
Zorgprofessionals handelen in eerste instantie vanuit de vraag ‘Wat is nodig om het functioneren te herstellen, respectievelijk te bevorderen’. Hier ligt de basis van het professioneel handelen. Niet het aanbod van zorg, maar de zorgvraag is leidend.

De zorgvraag 2030 leidt tot de inrichting van vier zorggebieden, voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplexe en complexe zorg (C) en hoogcomplexe zorg (D). Door het ontwikkelen van profielen en clusters op basis van de TNO-prognoses wordt duidelijk dat niet alleen de overeenkomsten tussen de profielen groter zijn dan de verschillen, maar vooral dat mensen zich voornamelijk bewegen in meerdere zorggebieden (A, B, C, D) en dus in steeds wisselende settings. Soms is dit tijdelijk, soms langdurig.
Een volgende observatie is dat er in 2030 bijna geen enkelvoudige problemen meer voorkomen. Het grootste deel van de mensen heeft meerdere problemen. Context-complexiteit en patiënt-complexiteit bepalen in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen. Om dit te kunnen bewerkstelligen introduceert de commissie *zorgarrangementen* die worden uitgevoerd door *multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams*.

Aan de zorgprofessional van de toekomst zullen *dus andere eisen worden gesteld*. Hij of zij zal in staat moeten zijn de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger. De benodigde zorg moet bijdragen aan het functioneren van de burger. De nieuwe zorgprofessional functioneert in verschillende zorggebieden en in wisselende settings en werkt voor een groot deel generalistisch.

Hier ligt in de ogen van de commissie een grote uitdaging voor de beroepsgroep. Niet alleen zullen zorgprofessionals zich, in dialoog met de burger, richten op de zorgvraag, maar ook zullen zij zich gezamenlijk richten op de overeenkomsten (het totaal) en niet alleen op de verschillen (de kwaal of aandoening). Dit vereist een totaal andere benadering dan de huidige. Overeenkomsten leiden tot een generalistische aanpak, verschillen vragen om maatwerk. Beide zijn belangrijk en van professionele zorgteams zullen beide gevraagd worden.

De zorgprofessional maakt deel uit van een dynamisch samengesteld team dat multidisciplinair samenwerkt. De burger maakt deel uit van dit team en voert, indien mogelijk, zelf de regie over de zorg. Wanneer de burger hier niet toe in staat is ondersteunt de teamregisseur (spelverdeler), die -afhankelijk van de situatie - kan wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of van locatie. Vanuit dit team wordt natuurlijk ook maatwerk geleverd. In figuur 3.4 worden de zorgarrangementen door clusters van burgerprofielen door multidisciplinaire teams geïllustreerd.



Figuur 3.4: Zorgarrangementen voor clusters van burgerprofielen door multidisciplinaire teams

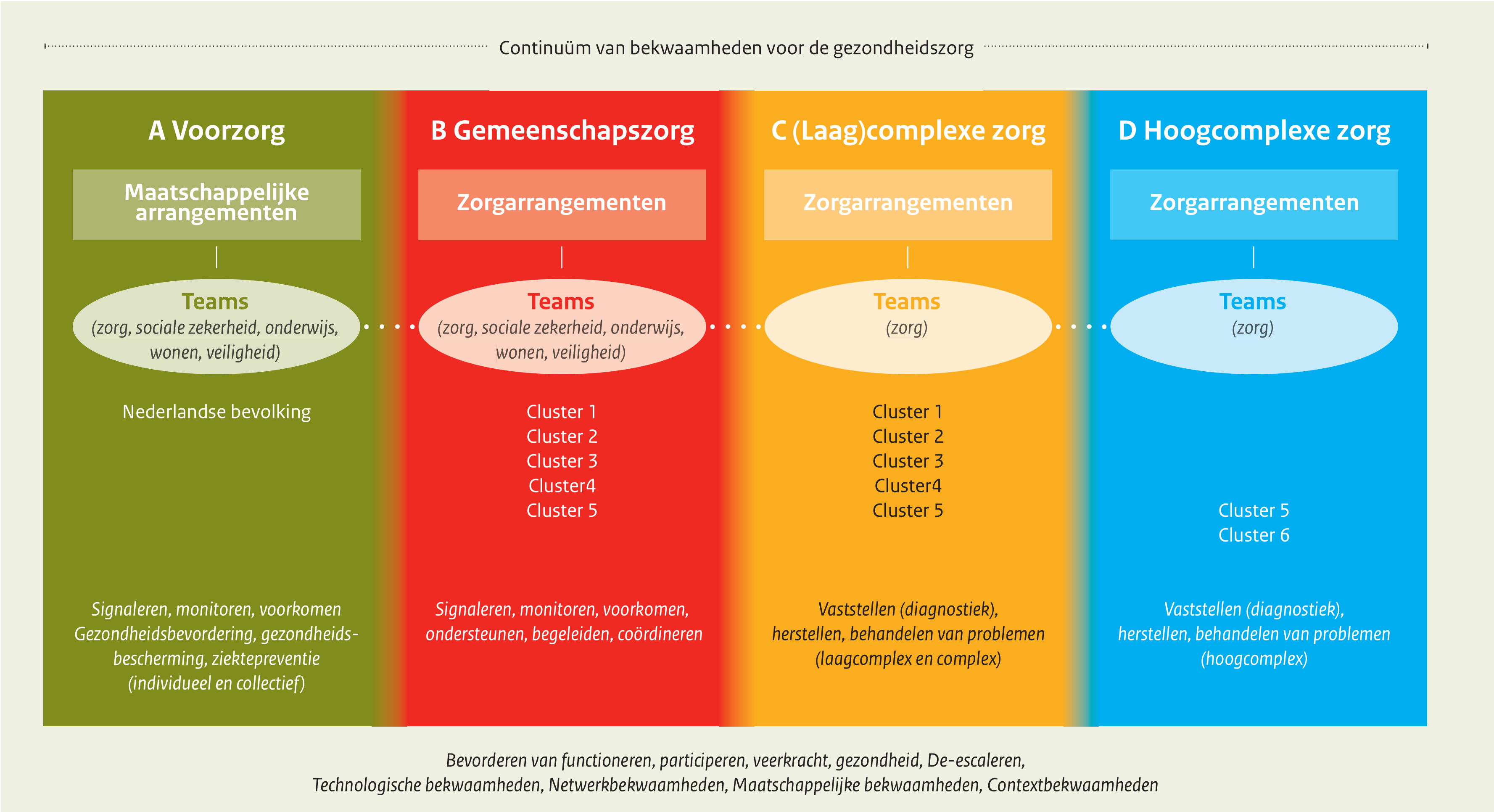
De meeste zorgprofessionals werken generalistisch en bewegen zich in A, B, C en D. Ze werken interprofessioneel samen in teams die multidisciplinair zijn samengesteld. De burger en diens naasten maken, indien mogelijk, deel uit van het team. In samenspraak met de burger worden keuzes gemaakt en besluiten genomen (shared decision making). De teams zijn gericht op het herstellen en of bevorderen van het functioneren. De burger is eigenaar van zijn persoonlijk leef- en ontwikkeldossier. Een kleinere groep zorgprofessionals richt zich primair op complexe zorg in D.

De teams voorzien in zorgarrangementen die zijn afgestemd op de vraag uit de geclusterde profielen. Ze bestaan uit zorgprofessionals die gezamenlijk beschikken over het totaal aantal bekwaamheden dat nodig is om aan de vraag te voldoen.

Iedere zorgprofessional beschikt over een aantal generalistische bekwaamheden die op alle profielen en clusters van toepassing zijn. Hier gaat het over netwerkbekwaamheden, technologische bekwaamheden en maatschappelijke en context bekwaamheden. De belangrijkste bekwaamheid is kunnen de-escaleren, met andere woorden: professionele zorg is altijd gericht op het zelfstandig, of zo zelfstandig mogelijk functioneren van burgers in de eigen leefomgeving. Dus na behandeling, ingreep of tijdelijke overname van functioneren is de zorg gericht op terugkeer van de burger naar de eigen woon- of leefomgeving. Daarnaast beschikken de teams over bekwaamheden die nodig zijn voor het verlenen van zorg aan mensen met bijvoorbeeld chronische aandoeningen, multimorbiditeit, functioneringsproblemen, psychische aandoeningen.

3.6 Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg

De uitgangspunten van de commissie: eigen regie en veerkracht van de burger, functioneren en zorgvraag centraal, vragen om een nieuwe richting waarin zorgberoepen 2030 zich kunnen gaan ontwikkelen. Het model *Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg* (zie figuur 3.5) geeft het advies van de commissie weer.



Figuur 3.5: Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg, Commissie Innovatie Zorgberoepen & opleidingen, 2015

De toekomst van de professionele zorg is gelegen in een dynamisch continuüm van bekwaamheden dat gericht is op de vraag en bijdraagt aan het functioneren van burgers. De clusters kunnen in de verschillende, in elkaar overlopende, zorggebieden voorkomen en zorgprofessionals uit de verschillende teams kunnen werkzaam kunnen zijn in verschillende zorggebieden.

Door uit te gaan van de vraag en hierop afgestemde zorgarrangementen aan te bieden wil de commissie het huidige gefragmenteerde aanbod veranderen. Hiervoor is een *nieuwe manier van werken* nodig. Naast een andere manier van werken zijn ook *andere bekwaamheden* nodig. Hier gaan we, op hoofdlijnen, in op deze bekwaamheden.

Een nieuwe, *generalistische bekwaamheid is het bevorderen van functioneren*. Niet de aandoening of de kwaal staat centraal, maar de beperking in het functioneren die dit tot gevolg heeft. Behandeling is dus gericht op het herstel van functioneren of het voorkomen van erger. Dit betekent ook “niet behandelen als dit niet bijdraagt tot het functioneren”.

Een tweede generalistische bekwaamheid is *de-escaleren*. Het professioneel handelen is gericht op het zelfstandig of zoveel mogelijk zelfstandig functioneren in de eigen leefomgeving. Mensen die in C of D een behandeling ondergaan keren zo snel mogelijk terug naar de eigen omgeving, waar nodig met hulp van het eigen netwerk.

Een derde generalistische bekwaamheid is het gebruik en *de toepassing van technologie.* Hier gaat het over e-/mHealth, technologie thuis (domotica) en robotica.

Andere generalistische bekwaamheden zijn *netwerkvaardigheden, maatschappelijke bekwaamheden en kennis van de context* waarin functioneringsproblemen zich voordoen. Vooral in de context zijn vaak oplossingen te vinden die nu niet of nauwelijks worden ingezet (onderwijs, woningbouw, veiligheid, sportvoorzieningen, infrastructuur).

De overeenkomsten tussen de burgerprofielen bieden de mogelijkheid voor een nieuwe generalistische clustering van bekwaamheden. *Chronische aandoeningen en multimorbiditeit gecombineerd met psychosociale problematiek* binnen de betreffende populaties is zo’n mogelijkheid. Van professionals die over deskundigheid beschikken per chronische aandoening gaan we naar generalisten die kennis hebben van een veel breder gebied. Niet alleen is dit prettig voor de burger omdat hier de vraag centraal staat, het maakt ook een einde aan veel fragmentatie in de gezondheidszorg.

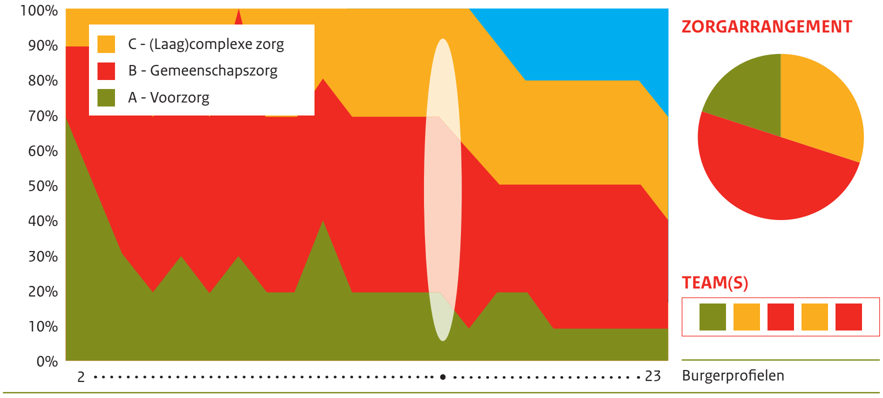
De overeenkomsten tussen de burgerprofielen maken een eind aan de huidige schotten tussen de diverse patiëntengroepen. Mensen met een psychische aandoening worden ouder en krijgen ook chronische aandoeningen en/of multimorbiditeit. De scheiding tussen aandoeningsgerichte clusters verdwijnt. Het gaat om bevorderen van functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied.

Natuurlijk zijn er ook *specialistische kennis en bekwaamheden* nodig. Ernstige en/of complexe aandoeningen vereisen dat.

3.7 Voorbeeld

Om een indruk te krijgen van dit advies in de praktijk is onderstaand een voorbeeld uitgewerkt.
In bijlage 7 zijn meer voorbeelden opgenomen.

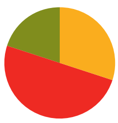
Voorbeeld: *Een 71-jarige vrouw met een heupfractuur na een val. Ze heeft twee chronische aandoeningen: artrose en chronisch hartfalen en ze is licht dementerend.*



Figuur 3.6: Zorgarrangement voorbeeld

Deze vrouw wordt in eerste instantie behandeld in C voor een heupprothese. Van groot belang is dat zij zo snel mogelijk weer in staat is om zelf te lopen. Afhankelijk van haar thuissituatie en haar netwerk zal de verdere behandeling in B (thuis) kunnen plaatsvinden. Het zorgarrangement bestaat uit laagcomplexe zorg, thuiszorg en zorg die door het netwerk wordt uitgevoerd. Dit is een voorbeeld waarin een team van samenstelling wisselt. In de eerste fase, waar de operatie plaatsvindt, zullen zorgprofessionals deel uitmaken van het team die in een volgende fase niet langer nodig zijn. Dan zal het team zich richten op het voorkómen van problemen en op het stimuleren van functioneren, hier: revalidatie en herstel. De aandacht zal vooral uitgaan naar woonomstandigheden en het netwerk van mevrouw. De regisseur is bijvoorbeeld een teamlid uit de thuiszorg. Figuur 3.7 geeft een overzicht van de bekwaamheden in dit arrangement: zoals het nu gaat en zoals het wenselijk is in 2030.

Heupfractuur, twee chronische aandoeningen, lichte dementie



C - (Laag)complexe zorg B - Gemeenschapszorg A - Voorzorg	Professionals 2015		Professionals 2030
Plaatsen heupprothese	Prof. 1,2,3	C	Prof. 1,2,3
Bevorderen van functioneren (revalidatie)	Prof. 4	B	Prof. 3,4,5
Ondersteunen van functioneren (activeren netwerk)	Prof. 5		
Signaleren en monitoren dementie	Prof. 6		
Signaleren en monitoren artrose	Prof. 7		
Signaleren en monitoren chronisch hartfalen	Prof. 8		
De-escaleren			
Voorkomen van herhaling	Prof. 5		
Inzetten technologie e-health	Prof. 9		
Inzetten technologie domotica		A	Prof. 5,6
Aanpassingen woning	Prof. 10		

Figuur 3.7: Bekwaamheden en professionals nu en straks (de nummers verwijzen naar beroepen en/of functies)

4 Reflectie

4.1 Transformatie

Dit advies beoogt een transformatie van het huidige systeem (zie tabel 4.1). Dit is eigenlijk alleen te realiseren wanneer men in staat is het eigen referentiekader te ontstijgen en vooruit te kijken met het algemeen belang voor ogen en niet uitsluitend het eigen belang. We staan op de drempel van een nieuwe periode waarin we gevestigde belangen en posities ter discussie stellen. Dit doen we omwille van de kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorg en vooral in het belang van de burgers van Nederland.

Van	Naar
Aanbod	Vraag
Ziekte	Functioneren
Zorgen voor	Zorgen dat
Professionele autonomie	Co-creatie
Fragmentatie	Zorgarrangement
Hiërarchie	Regie
Verticaal	Horizontaal
Betrekken van burgers	Consultatie van professionals
Eigen belang	Algemeen belang
Recht hebben op	Verantwoordelijk voor
Macht	Kracht
Beroepenstructuur	Continuüm van bekwaamheden

Tabel 4.1: Paradigmashift

4.2 Niet alles is gezondheidszorg

Een van de uitgangspunten van de commissie is het nieuwe concept van gezondheid waarin veerkracht en eigen regie centraal staan (Huber et al., 2011). Het is een breed concept, dat impliceert dat het bevorderen van gezondheid niet alleen bij de gezondheidszorg behoort. Veel determinanten van gezondheid liggen daarbuiten. Tal van maatschappelijke factoren dragen bij aan gezondheid zoals wonen, milieu, onderwijs, arbeid. Het is belangrijk om goed af te bakenen wat betrekking heeft op de (professionele) gezondheidszorg en wat bij burgers zelf en in andere domeinen thuis hoort.

We moeten 'ontzorgen'. Veel vragen komen nu onnodig in de gezondheidszorg terecht. Deze hebben meer te maken te hebben met problemen op het werk of op school, in de relatie, in het sociaal netwerk of in de woonomgeving, maar kunnen daar minder goed worden geadresseerd, alleen door een ziektelabel of een medische interventie (bijvoorbeeld medicatie tegen pijn, stress, buikklachten). Veel van wat nu in de gezondheidszorg wordt geboden, kan worden overgeheveld naar het sociale domein en/of in het eigen netwerk of in de buurt geregeld worden. Er valt veel te winnen door de samenhang tussen de diverse domeinen te bevorderen en gezondheid als wezenlijk onderdeel in alle domeinen op te nemen.

Gezondheidsbeleid is niet alleen zorgen voor goede en toegankelijke zorg en het voorkómen van ziekte. Het is juist ook het bevorderen van gezond leven door te zorgen voor maatschappelijke contexten waarin mensen weerbaar zijn en zich kunnen aanpassen aan bedreigingen van hun gezondheid, bijvoorbeeld door vaccinatie, goede voorlichting over gezond leven en het bieden van kansen aan iedereen op deelname aan de maatschappij. De decentralisatie van de domeinen zorg, jeugd en werk naar de gemeenten biedt kansen om de integratie met andere beleidsterreinen op dat niveau te realiseren.

4.3 Verantwoordelijkheid voor gezondheid

Een gezondheidszorg die inzet op het bevorderen van het functioneren van burgers en doet wat nodig is, vereist een heroriëntatie en gedragsverandering, niet alleen bij burgers, maar ook bij zorgprofessionals én alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg. Het uitgangspunt is het nemen van verantwoordelijkheid voor én regie over de eigen gezondheid en zorg (en voor de gezondheid van en zorg voor elkaar). Een maatschappelijke discussie hierover is noodzakelijk, maar niet voldoende om gedrag te veranderen.

Gedragsverandering kost tijd en moet iets opleveren, perspectief bieden, een oplossing beloven. Gezondheid is ons veel waard. In Nederland mag iedereen rekenen op een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Zelfstandigheid is nog belangrijker. Zelf kunnen beslissen over zaken die we belangrijk vinden, kunnen doen wat we graag willen doen, geeft waarde aan ons leven.

Het voeren van regie over de eigen gezondheid en zorg wordt gestimuleerd door de condities te creëren die dat mogelijk maken. Het ontwikkelen van veerkracht en het leren om eigen regie te nemen, begint al vroeg in het leven, in de eerste plaats in het gezin en in het onderwijs. Ook later in het leven blijft het belangrijk om zich te kunnen aanpassen aan en om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale veranderingen, problemen en uitdagingen in verschillende levensfasen. Tegelijkertijd zullen er altijd kwetsbare mensen zijn die (tijdelijk) niet of in mindere mate in staat zijn om eigen regie te voeren over hun leven en daarbij ondersteuning nodig hebben.

4.4 Toegankelijkheid professionele gezondheidszorg

De zorggebieden C en D zijn toegankelijk voor iedereen, maar niet zonder meer, zo stelt de commissie in hoofdstuk 3. Hiermee wordt bedoeld dat mensen problemen die ze zelf of in hun netwerk kunnen oplossen dat ook doen. De professionele gezondheidszorg is bedoeld voor (functionerings)problemen die mensen niet zelf kunnen oplossen.

Burgers moeten kunnen vertrouwen op een professioneel zorgvangnet als dit nodig is. Zij worden zo lang mogelijk gestimuleerd en gefaciliteerd om zelfstandig te blijven functioneren in de eigen vertrouwde leefomgeving. Als dit wankelt, is er zorg. Als het kan uit het eigen netwerk, als het nodig is professioneel.

4.5 Technologie

Een grote bijdrage is te verwachten van technologie (domotica, robotica, e-/mHealth) aan het functioneren van mensen en het voeren van regie over de eigen gezondheid en zorg.
Technologie kan niet alleen het functioneren ondersteunen, maar kan juist ook ingezet worden bij het bevorderen, herstel of behoud van het functioneren en een belangrijke rol vervullen bij het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, het hebben van de regie over benodigde zorg en ondersteuning vanuit het eigen netwerk en van professionals. Een persoonlijk leef- en ontwikkeldossier (PLOD) kan hierin een belangrijke functie vervullen. Er is nu al en in de nabije toekomst heel veel mogelijk. Het is de uitdaging om toepassingen te ontwikkelen die een toegevoegde waarde hebben en ook daadwerkelijk gebruikt worden.[11]

Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er meer regie komt op de (door)ontwikkeling en toepassing van technologie zodat verschillende toepassingen gecombineerd en geïntegreerd worden en opschaling en versnelling kan plaatsvinden. Een tweede belangrijke voorwaarde is dat in de organisatie en inhoud van de zorg technologische toepassingen een vanzelfsprekend onderdeel gaan uitmaken van het professionele handelen.

Bij de inzet van technologie zijn andere domeinen naast de zorg belangrijk, met name de woningbouw en de inrichting van de gebouwde omgeving. Bij nieuwbouw kan met technologische toepassingen al rekening worden gehouden. Het is een grote uitdaging om bestaande woningen en wijken aan te passen. De eerste stap is vaststellen wat er nodig is in een bepaalde buurt of wijk om vervolgens met alle betrokkenen (burgers, overheden, woningcorporaties, zorgorganisaties, et cetera) een programma van eisen op te stellen voor de aanpassing van de woningen en de buurt.

4.6 Voorwaarden

We staan stil bij drie belangrijke voorwaarden die nodig zijn om de beoogde veranderingen tot stand te brengen. De eerste is de wijze van capaciteitsplanning van de medische, paramedische en verpleegkundige

11 *De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (inmiddels de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) adviseert over de vraag hoe inhoud, toepassing, verspreiding en gebruik van eHealth geoptimaliseerd kan worden, rekening houdend met de huidige en in de toekomst te verwachten behoeften en mogelijkheden van verschillende categorieën patiënten en (zorg)vraag. (RVZ, Consumenten e-Health: gezondheid van de markt, april 2015).*

en verzorgende beroepen. Als we kijken vanuit zorgarrangementen wordt het inzetten van gewenste bekwaamheden minstens zo belangrijk als het aantal professionals. Het gaat dan niet langer over kwantitatieve raming alleen, maar vooral over kwalitatieve raming. Ook gaat het over het totaal van de vereiste bekwaamheden, inclusief die van de burger, niet alleen van de beroepen.

De tweede voorwaarde betreft de financiering van de gezondheidszorg. De commissie adviseert zorg op basis van de vraag en gericht op het bevorderen van functioneren. Hierbij past een flexibel financieringsmodel waarin maatwerk mogelijk is. Het zou niet langer gericht moeten zijn op de behandeling van kwalen en aandoeningen, op een 'one size fits all', maar veel meer op de resultaten van functioneren.

De derde voorwaarde is wet- en regelgeving. Wetten en regels zullen moeten worden getoetst aan het advies. Belemmering moet plaatsmaken voor stimulans en motivatie. Knellende voorschriften moeten we durven loslaten. Bij dit advies hoort ook vertrouwen. Vertrouwen in de kracht van burgers, maar ook vertrouwen in de professionals en in het systeem. Voorwaarden zijn belangrijk, evenals deskundigheid. Maar we moeten er ook in willen geloven en er op durven vertrouwen. Dit betekent dat we het huidige systeem loslaten en, op basis van onze eigen kracht, de gezondheidzorg opnieuw (in)richten op het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren van burgers.

4.7 Van transitie naar transformatie

2015 zal de geschiedenis ingaan als het jaar van de transitie(s). Het jaar waarin structurele veranderingen de komende 30 jaar zullen beïnvloeden. Dit advies gaat verder, beoogt transformatie in de gezondheidszorg. Er is niet sprake van een revolutie, meer van een evolutie met opgevoerde snelheid. In korte tijd zullen burgers moeten worden voorbereid op zelfredzaamheid en saamhorigheid. Zekerheden als pensioenvoorziening en recht op uitkeringen komen onder druk te staan. Niet alles gaat meer vanzelf en niet alles is meer zonder meer beschikbaar. Burgers zullen nog veel meer zelf moeten doen, anderen moeten helpen en een positie moeten innemen in een netwerk. Ze zijn veerkrachtig, zetten in op gezond gedrag en nemen hiervoor verantwoordelijkheid, voeren zelf de regie en kijken wat ze zelf kunnen doen en met elkaar kunnen regelen voordat ze anderen consulteren.

De vraag is hoe we de goede beweging op gang krijgen, zonder afbreuk te doen aan de vele initiatieven die al plaatsvinden. De commissie denkt aan twee manieren.
De eerste is in de praktijk zelf. In de eerder genoemde broedplaatsen vinden al initiatieven plaats die gericht zijn op de nieuwe inrichting van de zorg (ABCD). Ook is de voorbereiding in volle gang om maximaal in te zetten op technologische ondersteuning, gericht op de door TNO ontwikkelde functioneringsprofielen.

De tweede manier is het (zorg)onderwijs. Door samen met het mbo, hbo en wo nieuwe onderwijsprofielen te ontwikkelen gericht op de vraag (zorgarrangementen) zullen nieuw opgeleide professionals anders gaan werken. Door de huidige zorgprofessionals hierin te betrekken en mee te nemen komt de verandering geleidelijk op gang.

4.8 Opleidingen voor 2030

Eind 2015 volgt het advies over het opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in 2030. Dit advies is het logische vervolg op het onderhavige advies.

Multidisciplinair werken betekent ook multidisciplinair en interprofessioneel leren en opleiden. Het gaat om de verwerving van nieuwe bekwaamheden en werken en leren zullen niet altijd meer plaats- en tijdgebonden zijn. De zorgprofessional van de toekomst verplaatst zich, net als de burger, tussen de verschillende zorggebieden.

Ook het advies 'Naar nieuwe zorgopleidingen' zal samen met het veld worden vormgegeven. Een leven lang leren zal de rode draad door het advies zijn.

Literatuur

Referenties en publicaties bouwstenen advies

Chorus AMJ, Perenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen Friesland, TNO 2014a.

Chorus AMJ, Perenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronisch aandoeningen Amsterdam, TNO 2014b.

Chorus AMJ, Perenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronisch aandoeningen Amstelveen, TNO 2014c.

Chorus AMJ, Perenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronisch aandoeningen Rotterdam, TNO 2014d.

Chorus AMJ, Perenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren van de oudere bevolking Heerlen, TNO 2014e.

De Nationale DenkTank 2013. Uitgedokterd. 10 oplossingen voor veerkrachtszorg. Stichting de Nationale DenkTank, 2013.

Gruijter M de, Nederland T, Stavenuiter M. Meedenkers aan het woord. Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'. Verwey-Jonker Instituut / Zorginstituut Nederland, 2014.

Stavenuiter M, Smits van Waesberghe E, Nederland T, Gruijter M de. Wat doet de zorgprofessional in 2030? Veldraadpleging zorgberoepen in een veranderend Zorglandschap. Verwey-Jonker Instituut, 2015.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ 2011 Jul 26;343:d4163.

Jambroes M, Vliet K van, Technologieanalyse. Samenvattend rapport bijeenkomsten en interviewronde met experts. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015

Jambroes M, Nederland T, Kaljouw M, Vliet K van, Essink-Bot ML, Ruwaard D. A new concept of health. The Lancet 2014 Nov 19;384:S39.

Kwartel AJJ, Bloemendaal I, Velde F van der, Wind W van der. Quick Scan Zorgvraag 2030. Kiwa Prismant, 2012.

RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening, 2010.

Spieker P. Dringen rond het bed. Een quick scan naar innovaties in zorgberoepen en opleidingen Nieuwegein: Spieker mensen en media, 2012.

Spieker P. Quick scan Jeugdzorg en Wmo. Nieuwegein: Spieker mensen en media, 2013.

Velden LFJ van der, Putter ID de, Lee I van der, Hassel DTP van, Batenburg RS. Quick scan Beroepen & Opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang. Utrecht: NIVEL, 2012 (Met 2 aparte bijlagen).

Verwey-Jonker Instituut. Meedenkers aan het woord. Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'. Samenvatting bevindingen. Verwey-Jonker Instituut, 2014.

Vliet K van, Spieker P, Kaljouw M. Innovatie van zorgberoepen en opleidingen. Samenvatting bevindingen 2012. Zorginstituut Nederland, 2013.

Geraadpleegde literatuur

Bakas A. Megatrends werk: over banen die verdwijnen en banen die gaan komen, 2014.

Bakas A. Trends 2014: hoe samsung trends en innovatie vertaalt naar business, 2014.

Bakas A. De toekomst van gezondheid: megatrends over gezond leven en waardig sterven, 2011.

Bouwman S, Laan A. Als het schuurt in de zorg, 2012.

Gezondheidsraad. Blik op Brussel: Nederland gezondheidsonderzoek en Europese agendavorming, 2012.

Gilse Y van. Waarde-volle zorg: over de toekomst van de gezondheidszorg 2010-2050. LOC, 2013.

Grotendorst A, Lambrechts J, et al. Leren van de toekomst: verpleegkundigen en verzorgenden 2020, 2012.

Gunning, L. Een kwestie van klein grut: kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering in de zorg in Nederland, 2014.

Greenaway, D. Securing the future of excellent patient care, 2013. Putters K. Rijk geschakeerd: op weg naar de participatiesamenleving, 2014.

Jonker J. Zorg om zorg; opnieuw leren organiseren in tijden van transitie, Paul Cremers Lezing, 2014.

NHS. Five year forward view, 2014.

RIVM. Een gezonder Nederland: kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2014.

Rotmans J. In het oog van de orkaan: Nederland in transitie, 2012.

Rotmans J. Verandering van tijdperk: Nederland kantelt, 2014.

RVZ. Regie aan de poort: De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving, 2012.

RVZ. Met de kennis van later, 2014.

TNO. Innoveren voor gezondheid: technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg, 2013.

TNS NIPO, Zorgmonitor, 2014.

Walg C. Gezond centraal, 2014.

Westerlaken A, et al. HBO-raad, Voortrekkers in verandering: Zorg en opleidingen – partners in innovatie, 2013.

Bijlage 1: Begrippenlijst

Chronische aandoeningen
Aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lang beloop.

Complexiteit, context
- De ziekte: mate van complexiteit van medische problemen.
- De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten.
- De populatie waarvoor zorg wordt verleend: mate van complexiteit zorgsystemen.

Complexiteit, patiënt
- Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal.
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen waardoor het beeld gecompliceerd is.
- Wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid.
- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid.
- Tempo waarin veranderingen optreden is hoog.
- Routines en richtlijnen ‘passen’ niet.
- Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners
- Lage (gezondheids)geletterdheid.

Continuüm van bekwaamheden
Een samenhangend en doorlopend geheel van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag.

Functioneren
In staat zijn om alle dagelijkse activiteiten te verrichten die nodig zijn voor het huishouden, zelfzorg en deelname aan het maatschappelijk leven.

Gemeenschapszorg
Zorg die mensen zelf en samen in de buurt regelen en daarbij zo nodig worden ondersteund vanuit de gemeente of de professionele zorg.

Hoogcomplexe zorg
Zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van nadere diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico’s in het geding zijn.

Integraal
Allesomvattend of volledig. In een integrale benadering staat de persoon in relatie tot zijn directe leef-omgeving centraal.

Laagcomplexe tot complexe zorg
Zowel basiszorg als gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop.

Multidisciplinaire samenwerking
Samenwerking tussen professionals met verschillende bekwaamheden in een team waarbij men in samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt.

Multimorbiditeit
Het optreden van meer dan één (chronische) aandoening in één individu tijdens een bepaalde periode.

Opleidingscontinuüm
Een op het beroepencontinuüm aansluitend en op elkaar afgestemd doorlopend continuüm van opleidingen voor de gezondheidszorg.

Participeren
In staat zijn tot deelname aan het maatschappelijk leven.

Psychische aandoeningen
Een beperking in functioneren of participeren als gevolg van een stoornis van denken, voelen, willen, oordelen en/of doelgericht handelen.

Psychosociale problemen
Psychische problemen die samenhangen met het dagelijks functioneren; eenzaamheid, angst en somberheid.

Verstandelijke beperkingen
Een aangeboren of een later in de ontwikkeling optredende beperking in het intellectueel functioneren.

Voorzorg
Het bevorderen van gezond leven vanaf de geboorte tot het einde van ons leven. Voorzorg is een maatschappelijke aangelegenheid waarbij veel domeinen betrokken zijn, waaronder de gezondheidszorg.

Zorgvraag
Een indicatie van de zorgvraag zoals door TNO geoperationaliseerd in prognoses van functioneringsproblemen en chronische aandoeningen, op basis van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. De zorg die nodig is om (zelfstandig) te kunnen functioneren en participeren.

Bijlage 2: Resultaten bouwstenen advies

Bouwstenen

1. Quick scans
2. Broedplaatsen
3. Prognose zorgvraag 2030
4. De Nationale DenkTank 2013
5. Focusgroepen 2013 (systematische veldraadpleging 1)
6. Technologieanalyse
7. Zorgberoependebat 2013
8. Denktanks broedplaatsen
9. Denktank Terschelling
10. Landelijke denktanks
11. Focusgroepen 2014 (systematische veldraadpleging 2)

1. Quick scans

Het adviestraject is in de loop van 2012 gestart met het beantwoorden van vier grote vraagstukken door middel van Quick scans:

- Demografische en epidemiologische ontwikkelingen.
- De huidige beroepen en opleidingen in de zorg.
- Innovaties in zorgberoepen en opleidingen.
- Gesignaleerde ontwikkelingen en oplossingsrichtingen uit recente rapporten en adviezen.

Demografische en epidemiologische ontwikkelingen

Tussen 2012 en 2030 is er sprake van een toename van het aantal (oude) ouderen en een afname van de bevolking tussen 20 en 64 jaar (Van der Kwartel et al., 2012). Het aantal mensen met een chronische ziekte zal toenemen evenals het aantal mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Op hogere leeftijd zullen we dus met steeds meer aandoeningen kampen. Naar verwachting zal in 2030 38% van de mensen die ouder zijn dan 75 jaar, meer dan drie aandoeningen hebben. Tegelijkertijd zijn er grote regionale verschillen in de bevolkingsontwikkeling en het vóórkomen van aandoeningen.

Huidige beroepen en opleidingen in de zorg

Er is een groot aantal beroepen, functies en opleidingen in de zorg: respectievelijk 2410 zorg- en zorgverwante beroepen/functies en 1700 opleidingen (Van der Velden et al., 2012). Ongeveer 1,2 miljoen mensen oefenen een zorgberoep uit. 2,3 miljoen mensen hebben een zorgopleiding afgerond (als hoogst behaalde opleiding). Een deel van de mensen die werkzaam is in de zorg heeft geen op het beroep aansluitende opleiding gevolgd. De match tussen opleiding en beroep is het grootst bij hen die een (para-)medisch of verzorgend beroep op wetenschappelijk respectievelijk middelbaar niveau beoefenen. Er bestaan significante verschillen tussen regio's wat betreft de verdeling van zorgberoepen en opleidingen. In de centraal-westelijke regio's zijn er meer personen werkzaam in een paramedisch of sociaal-maatschappelijk beroep op wetenschappelijk niveau en in de noordelijke en oostelijke regio's juist meer in een verzorgend (para)medisch beroep op middelbaar niveau.

Innovaties in zorgberoepen en opleidingen

Er zijn veel innovaties in zorgberoepen en opleidingen maar die worden vaak niet structureel ingevoerd (Spieker, 2012; 2013). Vernieuwingen in beroepen en opleidingen worden vooral bepaald door subsidies, 'gaten in de markt', verdergaande versnippering, specialisering, taakherschikking, opwaartse druk, eigen identiteit, techniek en technologie. Er worden nieuwe opleidingen ontwikkeld voor beroepen of functies die er nog niet zijn, terwijl het niet duidelijk is of daar in de beroepspraktijk behoefte aan is of dat deze aansluiten bij een verwachte zorgvraag. Overigens zijn er grote verschillen tussen de sectoren. In de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning is niet zozeer sprake van nieuwe beroepen en opleidingen, maar gebeurt er wel veel in de bestaande beroepen en opleidingen (Spieker, 2013). De versnippering in beroepen, functies en opleidingen heeft geleid tot de behoefte aan meer generalisten en betere coördinatie.

Gesignaleerde ontwikkelingen en oplossingsrichtingen uit recente rapporten en adviezen
Recente rapporten en adviezen wijzen steeds in dezelfde richting (Van Vliet, Spieker en Kaljouw, 2013). Gesignaleerde ontwikkelingen:

- Meer mensen (vooral ouderen) hebben zorg nodig en meer mensen hebben één of meer chronische aandoeningen.
- Er zijn gezondheidsachterstanden bij allochtonen, hoogopgeleide mensen worden ouder dan laagopgeleide mensen en er is sprake van toenemende verschillen in zorggebruik tussen bevolkingsgroepen.
- Regionale verschillen in voorzieningenniveau nemen toe.
- Medicalisering en zorgconsumptie nemen toe, evenals de bijdragen in de zorgkosten. De zorguitgaven nemen toe en de zorg wordt duurder.
- De solidariteit komt onder druk te staan, opbrengsten van de zorg zijn vaak niet zichtbaar.
- Er zijn minder mantelzorgers beschikbaar en de beroepsbevolking krimpt. Tegelijkertijd blijven mensen langer gezond, beslissen ze over hun eigen levensstijl, kiezen ze zelf hun zorgvorm en krijgen ze ook betere zorg.
- Er is meer aandacht voor de leefomgeving en voor leefstijl en gedrag.

De genoemde oplossingsrichtingen zijn:

- Het vergroten van de zelfredzaamheid, sturen op gezondheidsdoelen.
- Meer mensen betere toegang geven tot kennis over de kosten en de kwaliteit van zorg.
- Extramuralisering, zorg thuis en in de wijk.
- Multidisciplinaire integrale behandel- en inloopcentra.
- Taakherschikking
- Technologie, ICT, robotica, domotica, distance health.
- Maatschappelijke participatie, verschillen in gezondheid hoeven daarvoor geen belemmering te zijn.

Uit de resultaten van de Quick scans blijkt dat de bestaande kennis onvoldoende aanknopingspunten biedt om te onderbouwen wat er nodig is aan zorgvernieuwing en in het verlengde daarvan in beroepen en opleidingen. De focus op ziekte en aandoeningen geeft geen inzicht in het dagelijks functioneren van individuen en populaties en problemen daarmee. Het centraal stellen van het functioneren van burgers als maat voor volksgezondheid impliceert een benadering die uitgaat van mogelijkheden van individuen en hoe deze het best kunnen worden ondersteund, niet alleen vanuit de gezondheidszorg, maar ook vanuit andere domeinen. Het pleit dus voor een verschuiving van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Zorg dient dan gericht te zijn op het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren. Zorg staat in dienst van het functioneren en stelt mensen in staat zo lang en zo goed mogelijk zelfstandig te functioneren in hun eigen leefomgeving.

De resultaten uit de quick scans onderstrepen de noodzaak om een nieuw beroepencontinuüm en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm te ontwikkelen. Ontwikkelingen in de techniek en technologie gaan snel, terwijl toepassing ervan in de praktijk en opleidingen achterblijft. De snelle ontwikkelingen en de toenemende complexiteit van de zorg verhouden zich ook niet goed meer met de gangbare methoden van opleiden en onderzoek doen. Tot slot belemmert de manier waarop de zorg is georganiseerd en gefinancierd de ontwikkeling en vooral ook de invoering van (bewezen) innovaties. Het wegnemen van belemmeringen en het verschaffen van positieve prikkels is een belangrijke voorwaarde voor innovatie.

2. Broedplaatsen

Naast landelijke raadplegingen heeft de commissie gekozen voor een regionale focus met zogenaamde broedplaatsen. Daar zijn twee redenen voor. De eerste: de regionale verschillen in de ontwikkeling van de zorgvraag (Van der Kwartel, et al., 2012) en in de zorgberoepen en –opleidingen (Van der Velden, et al., 2012). De tweede: de commissie wil aansluiten bij wat er al gaande is. Lokaal en regionaal wordt steeds meer samengewerkt aan vernieuwingen in de zorg en in beroepen en opleidingen. In 2013 en 2014 zijn vier broedplaatsen gestart waaraan de betrokken zorgpartijen in die regio of stad deelnemen. Als eerste broedplaats is de provincie Friesland gestart, gevolgd door Amsterdam en Amstelveen. Daarna, in 2014, Rotterdam. De laatste broedplaats is Heerlen. Die is vooral gericht op de inzet van technologie voor ouderen om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en participeren.

De activiteiten in de broedplaatsen bestaan uit drie opeenvolgende fases: de analysefase, de broedfase en de experimenteerfase. In de analysefase heeft TNO een inschatting gemaakt van de toekomstige vraag naar zorg, richtpunt 2030. In de broedfase hebben denktanks zich op basis van de prognoses gebogen over de toekomstige vraag naar zorg en passende vormen daarvoor. Tegelijkertijd inventariseert en toetst het Verwey-Jonker Instituut goede voorbeelden. In de experimenteerfase zullen per broedplaats een paar experimenten van start gaan die aansluiten bij het onderhavige advies. De voorbereidingen daartoe zijn inmiddels in gang gezet.

3. Prognose zorgvraag 2030

TNO heeft in drie broedplaatsen -Friesland, Amsterdam & Amstelveen, Rotterdam- een inschatting gemaakt van de toekomstige vraag naar zorg door op basis van demografische ontwikkelingen (2012-2030) prognoses te geven van functioneringsproblemen, chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen (Chorus et al., 2014a-d). Daarbij heeft TNO gebruik gemaakt van beschikbare lokale of regionale databronnen. Voor de prognoses van functioneringsproblemen van 65-plussers heeft TNO een empirisch gefundeerde methodiek ontwikkeld: Functioneringsprofielen.

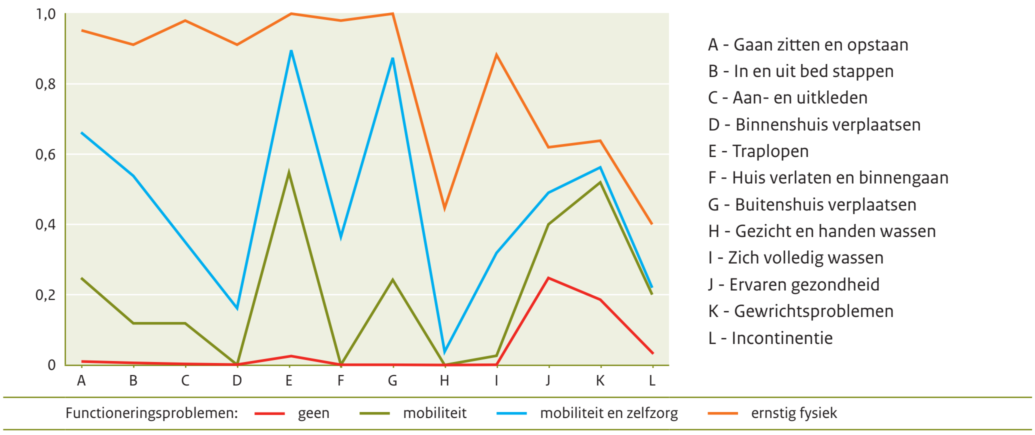
Functioneringsprofielen van ouderen (65+)		
Zonder noemenswaardige fysieke problemen	zonder dementie	1
	met lichte/matige dementie	2
Mobiliteitsproblemen	zonder dementie	3
	met lichte/matige dementie	4
Mobiliteitsproblemen en problemen in de zelfzorg	zonder dementie	5
	met lichte/matige dementie	6
Grote mate van (ernstige) fysieke problemen inclusief incontinentie	zonder dementie	7
	met lichte/matige dementie	8
Ernstige mate van dementie, welke zorg behoeft op het niveau van intramurale zorg		9

Figuur 1: Functioneringsprofielen van ouderen (65+) (TNO)

De profielen zijn ontwikkeld op basis van representatieve data over het functioneren van mensen van 65 jaar en ouder. Uit een statistische analyse is gebleken dat 12 indicatoren leiden tot 4 fysieke functioneringsprofielen (zie figuur 2). Deze indicatoren hebben betrekking op ervaren gezondheid, incontinentie, algemene dagelijkse levensverrichtingen en zelfzorgactiviteiten. Het functioneren van ouderen wordt mede beïnvloed door psychische factoren. Een belangrijke psychische factor is dementie. Ernstige dementie leidt tot een sterke verslechtering van het algeheel functioneren en is daarom als apart profiel opgenomen. Daarnaast beïnvloedt ook lichte/matige dementie het functioneren. Om die reden wordt in de 'fysieke profielen' onderscheid gemaakt naar de aan- of afwezigheid van lichte of matige dementie.

Ook andere psychische en psychosociale factoren zoals eenzaamheid en depressie kunnen het functioneren beïnvloeden. Door het ontbreken van specifieke gegevens hierover in de complete groep ouderen konden deze niet in de analyse worden betrokken. Wel zijn hierover apart gegevens verzameld.[12]
Daarnaast zijn voor ouderen, voor de bevolking vanaf 19 jaar en voor de jeugd prognoses gemaakt van chronische aandoeningen, psychosociale problemen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen. Voor de broedplaats Heerlen zijn alleen de prognoses van het functioneren van ouderen toegepast vanwege de specifieke focus op technologie.

12 *Vanwege de beschikbare databestanden hebben de functioneringsprofielen alleen betrekking op ouderen en op het fysiek functioneren al dan niet gecombineerd met dementie. Ook is het met de huidige databestanden niet mogelijk om deze te combineren met psychosociale problemen.*



Figuur 2: Kans op problemen met functioneren per profiel (TNO, Perenboom et al., in voorbereiding)

Trends 2012-2030

- De prognoses voor de broedplaatsen komen in grote lijnen overeen qua aard van de problemen en aandoeningen, maar door regionale demografische ontwikkelingen zijn er verschillen in de omvang.
- In alle broedplaatsen groeit het aantal ouderen sterk: in Amsterdam met een toename van 54% en in Friesland met een toename van 49%. Rotterdam blijft wat achter met een toename van 32% door de dip in de bevolkingsgroei als gevolg van de Hongerwinter. In Friesland neemt het aantal 75-plussers het meest toe, met 74%.
- In Amsterdam zijn er stadsdelen waar het aantal *ouderen* bijna verdubbelt of meer dan verdubbelt: in Amsterdam Centrum neemt het aantal 75-plussers toe met 124%; in Amsterdam Oost neemt het aantal ouderen van 65-74 jaar toe met 89% en het aantal 75-plussers met 104%.
- Zowel het aantal ouderen met als zonder *functioneringsproblemen* groeit substantieel in alle broedplaatsen. In 2030 heeft bijna de helft van de 65-plussers functioneringsproblemen: 70.000 (42%) in Friesland, 71.000 (50%) in Amsterdam en 58.000 (50%) in Rotterdam. Meest voorkomende functioneringsproblemen zijn mobiliteitsproblemen al dan niet met lichte tot matige dementie.
- *Mobiliteitsproblemen* zijn ook al aanwezig in de leeftijdsgroep van 20-64 jaar, meer in Amsterdam en Rotterdam dan in Friesland. In 2030 hebben 50.000 Amsterdammers, 35.000 Rotterdammers en 18.000 Friezen van 20-64 jaar mobiliteitsproblemen.
- In de broedplaatsen heeft in 2030 meer dan de helft van de volwassen bevolking één of meerdere *chronische aandoeningen*. Verreweg het meest voorkomend zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat, in Friesland en Amsterdam gevolgd door astma/COPD en incontinentie en in Rotterdam door astma en diabetes. Dementie is de snelste stijger maar de omvang is relatief klein ten opzichte van andere chronische aandoeningen.
- De prognoses kunnen ook beïnvloed worden door andere factoren, zoals overgewicht en obesitas, die een belangrijke invloed hebben op het ontstaan van ziekten. Bij prognoses op basis van epidemiologische ontwikkelingen zijn er in vergelijking met 2012 naar schatting circa 11.500 meer gevallen van diabetes en circa 10.000 meer gevallen van CVA dan op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen.
- Sociaal-economische status (SES) is gerelateerd aan gezondheidsproblemen. In alle broedplaatsen komen *functioneringsproblemen en (multi)morbiditeit* meer voor bij ouderen met een lage *sociaal-economische status*. De verwachte ontwikkeling is dat de SES stijgt in alle broedplaatsen. Dat leidt tot een verschuiving van het aantal ouderen met (multi)morbiditeit en functioneringsproblemen met een lage, midden en hoge SES, maar verschillen blijven bestaan.
- Ook het aantal mensen met psychische aandoeningen is omvangrijk en neemt toe. In 2030 hebben in Amsterdam en Rotterdam respectievelijk 56.000 en 49.000 mensen van 19 jaar en ouder risico op psychische aandoeningen (gemiddeld 11% van de volwassen bevolking). In Friesland hebben 64.000 mensen van 18-64 jaar psychische aandoeningen (19% van de Friese bevolking van 18-64 jaar).

- Het aantal mensen met *psychosociale problemen (eenzaamheid, angst, depressiviteit)* in de broedplaatsen is omvangrijk en neemt toe. In 2030 hebben in Friesland 44.000 mensen van 55-85 jaar psychosociale problemen. In Amsterdam en Rotterdam hebben respectievelijk 81.000 en 73.000 mensen van 19 jaar en ouder risico op eenzaamheid (14% van de volwassen bevolking).[13]
- Ook bij de *jeugd* is al sprake van een behoorlijke omvang van *chronische aandoeningen en psychosociale problemen*, al nemen de aantallen door de demografische ontwikkelingen weinig toe (in Amsterdam en Rotterdam) of zelfs af (in Friesland). In 2030 zijn er 21.000 Friese jongeren van 12-18 jaar, 16.000 Amsterdamse jongeren van 13-17 jaar en 18.000 Rotterdamse kinderen van 4-12 jaar met een of meerdere *chronische klachten/aandoeningen*. Meest voorkomende chronische problemen in de groep vanaf 12 jaar (Amsterdam en Friesland) zijn hoofdpijn, astma en allergie of eczeem. In de groep van 4-12 jaar (Rotterdam) zijn dat eczeem, allergie en astma/bronchitis.
- In 2030 zijn er 5.000 Friese jongeren van 12-16 jaar, 6.800 Amsterdamse jongeren van 13-17 jaar en 7.600 Rotterdamse jongeren van 12-17 jaar met (risico op) *psychosociale problemen*.

De overzichten per broedplaats met de prognoses voor 2030 zijn opgenomen in bijlage 6.

4. De Nationale DenkTank 2013
In 2013 was de commissie themapartner van de Nationale DenkTank. Deze DenkTank heeft jaarlijks een ander thema en een andere samenstelling. Het gaat om jonge, getalenteerde mensen uit diverse disciplines die zich gezamenlijk over een maatschappelijk probleem buigen en hiervoor praktische oplossingen bedenken. Het jaarthema van de Nationale DenkTank in 2013 was 'Zorg voor gezondheid'. Er is gesproken met 574 experts, met diverse zorgverleners meegelopen en uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. De resultaten zijn beschreven in het eindrapport *Uitgedokterd. 10 oplossingen voor Veerkrachtzorg* (De Nationale DenkTank, 2013). Het rapport schetst een toekomstbeeld met een pleidooi voor een verschuiving van de focus in de gezondheidszorg van ziekte naar gezondheid: 'van beperkingen naar mogelijkheden' en 'in 2030 iedereen chronisch gezond'.

De Nationale DenkTank heeft vier uitgangspunten geformuleerd om de nieuwe visie op gezondheid concreet te maken: gezond gedrag, participatie, zelfregie en uitkomstfinanciering. Op basis van deze vier uitgangspunten heeft de Nationale Denktank 10 oplossingen voor 'veerkrachtszorg' bedacht (zie: http://www.nationale-denktank.nl/wat-doen-wij/denktank/resultaten/denktank-2013/).

Volgens de DenkTank moet er veel meer worden ingezet op het bevorderen van gezond gedrag en zou het stimuleren daarvan overal moeten plaatsvinden: in de gezondheidszorg, op scholen, op de werkvloer en in de wijk. Dat geldt ook voor participatie. Participatie draagt bij aan een betere gezondheid en een lagere zorgvraag. Om die reden moet participatie van bijvoorbeeld psychiatrische patiënten en ouderen zo veel mogelijk worden gestimuleerd. Voorts wil de DenkTank dat mensen meer regie krijgen over hun gezondheid, verantwoordelijkheid nemen voor hun zorgvraag en controle uitoefenen over de zorg die ze krijgen. Voorwaarde daarvoor is dat burgers over de juiste informatie beschikken en dat waar nodig de sociale omgeving wordt betrokken. Tot slot is de DenkTank van mening dat de financiering van de zorg gebaseerd moet zijn op toegevoegde gezondheid in plaats van het aantal verrichtingen. Dat zal de kwaliteit verhogen, overbodige zorg tegengaan en innovatie stimuleren.

5. Focusgroepen 2013 (systematische veldraadpleging 1)
Het Verwey-Jonker Instituut organiseerde in het najaar van 2013 in samenwerking met landelijke (koepel) organisaties 28 focusgroepen met zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders (De Gruijter et al., 2014, Verwey-Jonker Instituut, 2014). Evenals bij de Nationale DenkTank was de doelstelling om te doordenken hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zou moeten zien. Startpunt daarbij was het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al, 2011): 'Het vermogen van mensen zich aan te

13 *Voor de psychische aandoeningen en psychosociale problemen en de aandoeningen bij de jeugd is een vergelijking en optelling van de gegevens uit de broedplaatsen niet goed mogelijk. Dat komt door verschillen in de manier waarop gegevens worden verzameld per regio of gemeente, bijvoorbeeld over leeftijdsgroepen en risico op problemen en aandoeningen (zie de rapporten van TNO voor de gebruikte databestanden). Vanaf 2012 is gestart met de afstemming van de landelijke en lokale Monitors voor Volksgezondheid voor volwassenen en ouderen. De monitor voor jeugd volgt later (GGD Nederland, 2012).*

passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.
Elke focusgroep sprak over de toekomst van de zorg vanuit drie vragen:
- Wat betekent het voor burgers en hun netwerken om uit te gaan van het nieuwe concept van gezondheid?
- Welke acties zijn nodig om burgers hierbij te ondersteunen en hoe zien die acties eruit?
- Hoe kunnen we dit realiseren?

Een nieuw concept van gezondheid
De deelnemers aan de focusgroepen reageren positief op het nieuwe concept van gezondheid en onderschrijven het belang van een omslag van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Volgens deelnemers uit de ggz, de eerstelijnszorg en het aanpalende sociale of jeugddomein wordt er in hun sector al gewerkt vanuit dit denken. Wel plaatsen de deelnemers enkele serieuze kanttekeningen bij het nieuwe concept. De belangrijkste kanttekening is dat niet alle burgers in staat zijn om eigen regie over hun gezondheid te voeren. Ook kan het nieuwe concept het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg beïnvloeden, doordat verantwoordelijke burgers met een gezonde leefstijl mogelijk niet meer willen meebetalen aan de zorg die nodig is door ongezonde keuzes van andere burgers.

Burgers en hun netwerken
Veel deelnemers verwachten dat burgers –de kwetsbare uitgezonderd– meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid gaan nemen en zich vrijwillig willen inzetten voor anderen, ook als zij zelf kampen met gezondheidsproblemen. Hierbij is investeren in eigen (digitale en fysieke) netwerken van steeds groter belang. Toenemende onderlinge afhankelijkheid is onvermijdelijk en daarmee hangt samen dat burgers kunnen vragen om hulp. Dat is een vaardigheid die niet zo gemakkelijk is in onze samenleving met de focus op onafhankelijkheid en zelfstandigheid. In de opvoeding en het onderwijs zouden kinderen moeten worden voorbereid op zelfredzaam zijn en het goed voor zichzelf kunnen zorgen. Voor volwassenen en ouderen is blijven leren van belang, mede omdat we langer gaan doorwerken. Deelnemers bevelen aan om toe te werken naar netwerken die ook voor mensen met ernstige chronische beperkingen open staan zoals ggz-cliënten en mensen met een verstandelijke beperking, want die krijgen tot nu toe weinig kansen om met hun mogelijkheden actief te blijven.

Noodzakelijke veranderingen in het stelsel van de gezondheidszorg
De deelnemers stellen dat er in de nabije toekomst allereerst meer behoefte zal zijn aan horizontale, gelijkwaardige verhoudingen tussen zorgvragers en zorgverleners. Burgers dragen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en zorgprofessionals krijgen een ondersteunende rol. Een aangepast zorgstelsel vraagt om minder hiërarchie, serieus gebruik van ervaringsdeskundigheid, empowerment van zorgvragers, rekening houden met minder mondige burgers en transparantie in de informatievoorziening.
De tweede verandering die nodig is, is dat professionals veel eerder het informele netwerk durven aanspreken. Voor professionals betekent dit een flexibele en faciliterende houding die gericht is op de mogelijkheden en behoeften van de zorgvrager. De professionals fungeren dan als verbinder als een zorgvrager veel verschillende soorten ondersteuning nodig heeft.

Ten derde verwachten de deelnemers dat er een breed netwerk ontstaat van zorg, ondersteuning en dienstverlening dat zich kenmerkt door diversiteit, kleinschaligheid en laagdrempelige zorg in de wijk en een integrale benadering van de zorgvraag. Onontbeerlijk hiervoor zijn een centraal contactpunt voor burgers in de wijk, probleemgestuurde samenwerking tussen professionals die niet geïnstitutionaliseerd is, en samenwonen in kleine woongemeenschappen. Dat vraagt ook een andere inrichting van de gebouwde omgeving. Verder wordt hard gewerkt aan voorzorg en preventie door het bevorderen van een gezonde leefstijl.
Tot slot krijgen gemeenten een faciliterende rol: zij kunnen partijen bij elkaar brengen, regelgeving terugdringen, mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen en kleinschalige initiatieven stimuleren.

Voorwaarden
In bijna alle focusgroepen is de bestaande financieringsstructuur in de zorg als knelpunt aangewezen: we moeten toe naar een systeem dat gezondheidswinst financiert en niet alleen behandelingen van artsen en ziekenhuizen. Ook is er behoefte aan meer experimenteerruimte, want de huidige regelgeving is

beperkend voor het uitproberen van nieuwe vormen van zorg en ondersteuning. Veel deelnemers vinden dat er meer te winnen is met het doorontwikkelen van technologie. Technologie kan zorgvragers mondiger maken en ervoor zorgen dat mensen langer thuis wonen.

6. Technologieanalyse

Ten behoeve van de technologieanalyse zijn zes experts geraadpleegd in twee bijeenkomsten en een aanvullende interviewronde (zie bijlage 4). Centrale vraag tijdens de bijeenkomsten was wat technologie kan bijdragen aan de geschetste zorgvraag van de toekomst (de prognoses van TNO).
Daarnaast is een werkbezoek afgelegd aan het Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie (EIZT) in Heerlen. Naar aanleiding daarvan is in samenwerking met EIZT de broedplaats Heerlen gestart. Aan de deskundigen zijn de volgende vragen voorgelegd: Hoe ziet uw vakgebied eruit in 2030? Welke technologische ontwikkelingen zijn dan geïmplementeerd? En heeft dat gevolgen voor de beroepen in 2030? Experts die zich dagelijks bezighouden met technologie en innovatie zijn optimistischer over de technologische ontwikkelingen en mogelijkheden dan de degenen die in de patiëntenzorg werken.

Wat technologie (eHealth, robotica, domotica) kan bijdragen volgens het expertpanel

- Kennis van en inzicht in de eigen gezondheid en chronische aandoeningen door registratie en feedback via zelfmanagement devices.
- Bijdragen aan gedragsverandering door leefstijlcoaching door middel van eHealth- en mHealth-toepassingen.
- Ondersteunen en stimuleren van het dagelijks functioneren en bewegen in en rond het huis, bijvoorbeeld met de rollatorrobot, valdetectie, alarmering.
- Bijdragen aan sociale binding en het tegengaan van eenzaamheid. Voorbeeld: ‘mixed reality’ oplossingen: samen fietsen of boodschappen doen op afstand.
- Grote toename van behandelingsmogelijkheden: in 2030 is bijna alles te behandelen en niet of minder invasief. Zijn er straks nog snijdende beroepen? Veel is straks mogelijk zoals het printen en vervangen van organen en botten. Door massaproductie wordt dat betaalbaar.
- Technologie wordt, samen met leefstijl en preventie, een rode draad in de zorg en beroepen en opleidingen.

Kanttekeningen en vraagtekens

- Technologie zal nooit de enige oplossing zijn. Apparaten kunnen kapot gaan of kuren vertonen. Technologie kan niet alle problemen oplossen maar mensen wel autonomer maken. Een voorbeeld daarvan is de rollatorrobot ‘Lea’. Voor de manier waarop veel ouderen nu gehuisvest zijn, moeten eenvoudige oplossingen komen.
- Kan technologie de zorgvraag reduceren? Berekend is dat een verpleegkundige/verzorgende straks 2 uur per dag kan besparen door de handelingen die een rollatorrobot overneemt, maar zorg blijft mensenwerk. EHealth kan wel overmatig zorggebruik terugdringen, bijvoorbeeld van mensen die nu vanwege eenzaamheid vaak naar de huisarts gaan.
- Technologie levert pas een besparing op als de hele organisatie daarop is ingericht. Technologie maakt niet altijd alles gemakkelijker of beter. De toename aan technologie kan ook negatieve gevolgen hebben: we gaan doen wat mogelijk is in plaats van wat nodig is. En waarom zouden we gezond leven als alles behandeld kan worden?
- Wat doen we met de grote hoeveelheid data die we straks over iedereen tot onze beschikking hebben? Hoe gaan we om met protocollen en het gebruik van apparatuur in de thuissituatie?

Trends volgens de geïnterviewde experts

- Technologie, met name eHealth en mHealth, leidt tot emancipatie van zorgvragers. Simpele triage kan bijvoorbeeld met behulp van eHealth. E/mHealth kan bijvoorbeeld goed worden ingezet bij mensen met milde psychische problemen, al dan niet gecombineerd met face-to-face contacten.
- Eigen regie met behulp van e/mHealth is niet voor iedereen weggelegd, zoals kwetsbare groepen met een lage sociaal-economische status.
- Meer en betere diagnostiek door vroege detectie. Een voorbeeld is de nieuwe ontwikkeling om kanker in het bloed op te sporen met DNA-sequentie analyse.
- Doelgerichte geneesmiddelen die nauwkeuriger werken en minder bijwerkingen hebben, zoals personalized medicine en targeted therapy.

- De chirurgie verandert van vervanging naar reparatie. Katheterchirurgie neemt toe. In bijvoorbeeld de kankerchirurgie zal het door betere beeldvormingstechnieken mogelijk worden de tumor van buitenaf te behandelen, in plaats van weg te snijden. Een ander voorbeeld is de ontwikkeling van een stofje voor de behandeling van ongezond overgewicht dat via een slow-release implantaat wordt toegediend en die de grove behandeling van nu (maagverkleining) overbodig maakt.
- Technologische ontwikkelingen in de afgelopen 15 jaar gingen snel. De verwachting voor de komen 15 jaar is dat de ontwikkelingen veelal incrementeel zullen zijn, dat wil zeggen: groeiend in omvang. In de chirurgie kan men met robotica nauwkeuriger werken, maar een zelfdenkende robot die zelfstandig operaties uitvoert lijkt nog ver weg. Het huishouden wordt wel gerobotiseerd en de robot zal ook worden ingezet voor tamelijk eenvoudige handelingen in de zorg.
- Door ontwikkelingen in de computertechnologie, biotechnologie, nanotechnologie, robotica, AI (artificiële intelligentie), 3D/4D-printing zal technologie een dominante plaats krijgen in preventie, diagnostiek en behandeling, en zelfmanagement. In 2030 kunnen burgers veel zelf regelen, thuis en in de buurt, met zorg op afstand. Daardoor krijgen zorgprofessionals een meer uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. Dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen.
- Hoewel er veel mogelijk is met technologie, ontbreekt regie. Daardoor zijn ontwikkelingen kleinschalig en gefragmenteerd en gaan zij minder snel dan zou kunnen.

7. Zorgberoependebat 2013

Het programma van het Zorgberoependebat stond in het teken van de resultaten die de commissie in 2012 en 2013 voor haar advies had verzameld. Er waren presentaties door TNO, TU Delft, de Nationale DenkTank en het Verwey-Jonker Instituut. Daarna was er een debat met vertegenwoordigers uit de broedplaatsen en was er de gelegenheid om vragen in te brengen. Van het zorgberoependebat zijn de introductiefilm, een schriftelijk verslag en een beeldverslag beschikbaar op de website van het Zorginstituut (http://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/zorgberoependebat).

8. Denktanks broedplaatsen

De prognose van de zorgvraag 2030 in de drie regio's was het uitgangspunt om in 2014 in lokale denktanks in de broedplaatsen uit te denken wat er straks nodig is aan zorg. Centrale vragen waren: wat kunnen mensen zelf, wat is mogelijk met technologie en eHealth, wat kan het sociale netwerk bijdragen, welke professionele zorg is noodzakelijk en waar kan dat geregeld worden?
De denktanks bestonden uit deelnemers van de betrokken partijen in de broedplaats (zorggebruikers, zorgorganisaties, zorgverzekeraar(s), opleidingen, gemeente(n), provincie). Afhankelijk van het aantal deelnemers bestonden de denktanks uit twee of drie groepen met een diverse samenstelling.
De lokale denktanks in de broedplaatsen hebben onafhankelijk van elkaar op basis van de prognoses van de zorgvraag voor hun provincie of stad het zorglandschap in 2030 ontworpen. De uitkomsten uit de lokale denktanks komen sterk met elkaar overeen en sluiten ook aan bij de uitkomsten van de focusgroepen. Hieronder geven we een overzicht van de hoofdpunten van de opbrengsten van deze denktanks.

Voorzorg en preventie

Deelnemers uit alle drie de broedplaatsen zijn het er over eens dat we moeten proberen de vraag te beïnvloeden; er zou veel meer aandacht moeten komen voor preventie, voor voorzorg. Dit vraagt om een integrale aanpak van uit een breed perspectief. Voorzorg en preventie moeten niet beperkt worden tot het zorgdomein, maar ook andere leefdomeinen dienen hierbij betrokken, zoals wonen, werken, leren, vrije tijd, et cetera. Zo geven deelnemers aan dat kinderen al op de basisschool vaardigheden kunnen leren als veerkracht en zorgen voor elkaar, en kennis kunnen opdoen over bijvoorbeeld gezonde voeding en de noodzaak van bewegen.
Gemeenten kunnen een ondersteunende rol spelen in het stimuleren van burgers bij gezond gedrag. Bij preventie is het van belang om aan te sluiten bij de wijk en de buurt. Wijken en buurten verschillen van elkaar en niet overal is hetzelfde nodig.

Zorg door de gemeenschap

In alle broedplaatsen hebben de deelnemers de directe omgeving van burgers (de wijk en de buurt) een centrale plek in de zorg gegeven. De actieve burgers en hun netwerken spelen de sleutelrol in het nieuwe

zorglandschap. Het is daarom van belang om de sociale cohesie in de wijken te versterken en een goed beeld te hebben van de buurtnetwerken. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat burgers hun problemen eerst zelf en met hulp van hun netwerk proberen op te lossen. Een tweede uitgangspunt is dat mensen zo lang mogelijk thuis zorg ontvangen. De kracht van de netwerken is daarom de basis van de zorg van de toekomst. Waar nodig kan hier een professioneel aanbod op aangesloten worden. Het onderscheid tussen zorg en welzijn moet in deze zorg door de gemeenschap verdwijnen.

Multifunctionele multidisciplinaire zorg in de buurt
Professionele zorg voor minder complexe zorgvragen zou ook georganiseerd kunnen worden op het niveau van de wijken. Gedacht wordt aan een schaal van 10 – 15.000 inwoners. Deelnemers geven de voorkeur aan een multifunctioneel, multidisciplinair zorgcentrum. In dit centrum zijn niet alleen medische voorzieningen ondergebracht, maar ook andere functies als participatie, welzijn, schuldhulp, maatschappelijke ondersteuning. Het dient een sociaal knooppunt te zijn: mensen moeten er 'een loopje' naar toe hebben en er andere mensen kunnen treffen. De zorg hoeft niet altijd in het centrum uitgevoerd te worden, maar kan ook thuis geleverd worden of via mobiele units. Technologische ondersteuning speelt hierbij een belangrijke rol.

Hooggespecialiseerde zorg
De deelnemers zijn het er over eens dat hooggespecialiseerde zorg zoals een hartoperatie of een operatie voor een kind met kanker, niet thuis kan gebeuren. Daarvoor zijn hooggespecialiseerde centra nodig waar specialistische kennis aanwezig is of speciale technologische ondersteuning. Die zorg moet geconcentreerd worden op een aantal locaties in het land. Deelnemers zien er geen probleem in dat daarvoor gereisd moet worden.

9. Denktank Terschelling
De uitkomsten van de denktanks in de broedplaatsen zijn uitgewerkt en aangescherpt in een meerdaagse denktank op Terschelling bestaande uit deelnemers met een verschillende achtergrond en leeftijd (20-plussers tot en met 60-plussers).

In de denktank op Terschelling is uitgebreid stil gestaan bij de uitwerking van het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al.). Eensgezindheid was er over de noodzaak om gezondheidsbevordering breed op te vatten en maatschappelijke contexten te creëren waarin mensen optimaal voor zichzelf kunnen zorgen. Ook dient er volgens de deelnemers samenhang tussen diverse domeinen te zijn, zoals bijvoorbeeld tussen gezondheid en onderwijs. De meeste tijd is besteed aan het doordenken van een eerste schets van een nieuw zorglandschap dat in de broedplaatsen was uitgewerkt. Uitgangspunt vonden de deelnemers dat we toe moeten naar het in overleg met de patiënt vaststellen wat de zorgvraag is en welke behandeling daar bij hoort. Nu is het in de praktijk ingewikkeld om te voorkomen dat er niet-passende zorg wordt geleverd, want de arts wil vanuit de eigen professionaliteit graag (be)handelen. Een apart thema was de inzet van technologie. Het vernieuwende van technologie is dat de burger/patiënt veel centraler kan komen te staan in de zorg. Het meeste geld moet niet naar de hoog specialistische zorg, want specialisten ontwikkelen wel verder, maar naar waar de meeste vraag is. Vervolgens is aan de hand van casussen een concrete voorstelling gemaakt over de veranderingen in de zorg in 2030. Een aantal opvallende conclusies van de deelnemers zijn:

- Veel kan uit het medische domein, met name de ondersteuning die in het eigen netwerk of in de buurt geboden kan worden.
- Het is zinnig om onderscheid te maken tussen veel voorkomende zorgvragen en de minder voorkomende gecompliceerde zorgvragen.
- De burger neemt het voortouw en is aan zet voor initiatieven om voor elkaar te zorgen. De overheid moet die initiatieven faciliteren. Nagedacht moet worden over de uitkomstmaten van de kwaliteit van zorg gegeven de doelen van de zelfredzame burger.
- Bij mensen met ernstige functioneringsproblemen moet 'outreachend' gewerkt worden.
- Kwaliteit van leven zou de maat moeten zijn en burgers moeten echt gestimuleerd worden om het heft in eigen hand te nemen wat betreft de zorg voor hun gezondheid.

10. Landelijke denktanks
De uitkomsten van de denktank op Terschelling zijn vervolgens getoetst in elf landelijke denktanks met belanghebbenden en betrokkenen in het veld zoals verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten, bestuurders, ZZP-ers, ouderen. De denktanks zijn georganiseerd samen met de betreffende (koepel) organisaties (zie bijlage 3). De landelijke denktanks onderschrijven de uitkomsten uit de lokale denktanks in grote lijnen en hebben die vanuit hun perspectief aangevuld. Het gaat met name over aanvullingen van de te onderscheiden domeinen in het nieuwe zorglandschap.

Eensgezind scharen de deelnemers zich achter de uitgangspunten van de adviescommissie: centraal staan het nieuwe concept van gezondheid, de zorgvraag en het functioneren van burgers. Ook kunnen zij zich met enkele kanttekeningen vinden in de door de broedplaatsen geschetste vier zorggebieden. Die kanttekeningen gaan over de indruk dat het model aparte gebieden aangeeft, maar de deelnemers benadrukken dat de schotten tussen de zorggebieden juist moeten verdwijnen. Met name voorzorg en preventie lopen door alle gebieden heen. Verder vonden de deelnemers een aantal gebruikte termen en definities bij de uitleg van het model nog niet helder, zoals laagcomplex en hoogcomplex, generalistisch en de-escalatie. Ook benadrukken de deelnemers dat kwetsbare burgers of burgers met een lage sociaaleconomische status minder goed in staat zijn eigen regie te voeren. Voor hen moet er een vangnet zijn.

In de denktanks komt vooral de focus op voorzorg en preventie aan de orde. De omslag naar voorzorg is volgens de deelnemers cruciaal, en dat is meer dan preventie. Zorgprofessionals moeten straks betaald worden voor het voorkomen van ziekten en aandoeningen en niet voor het behandelen ervan. Deze vorm van preventie moet een onderdeel zijn van elke professie. Verder moet kennis over gezond gedrag al op de basisschool in het lesprogramma staan. De zorggebieden Voorzorg en Gemeenschapszorg reiken verder dan de gezondheidszorg. Hierin moeten maatschappelijke sectoren als wonen, werken, school, veiligheid, infrastructuur et cetera de voorwaarden voor positieve gezondheid scheppen. Dat past ook bij voorzorg en een preventieve integrale aanpak. Een voorbeeld hiervan is het bouwen van flats voor ouderen waarin zij voorzieningen delen, maar waarin ook studenten wonen die zo nodig hand- en spandiensten kunnen verrichten.

Om deze veranderingen door te voeren zijn ook wijzigingen in de randvoorwaarden nodig. De deelnemers noemen met name het financiële kader. Ook leggen ze de relatie met opleidingen: nu zou al gestart moeten worden met het opleiden van de huidige studenten voor de toekomst. Die studenten zouden dan een meer generalistische opleiding moeten krijgen, in plaats van aparte specialistische opleidingen. Nu is er al een vraag naar verpleegkundigen die generiek in de wijk of buurt kunnen werken.

11. Focusgroepen 2014 (systematische veldraadpleging 2)
Het Verwey-Jonker Instituut organiseerde in het najaar van 2014 in samenwerking met ruim 30 landelijke (koepel)organisaties wederom een systematische veldraadpleging (zie bijlage 3). In 34 focusgroepen hebben ongeveer 370 zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, gemeenten, onderzoekers en opleiders gereflecteerd op de uitkomsten uit de denktanks: de vier zorggebieden: voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplexe zorg en hoogcomplexe zorg, en de rol van de zorgprofessionals in die gebieden. De meeste deelnemers herkennen de geschetste zorggebieden en de beoogde taakherschikking en vinden dat deze aansluiten bij de toekomstige inrichting van de zorg. Een kanttekening is dat het zorggebiedenmodel door de vormgeving (onbedoeld) statisch overkomt. De deelnemers benadrukken dat het gaat om een continuüm, waarin de burger centraal staat en dat meer recht doet aan de uitgangspunten van de Adviescommissie. Ook kan de onbedoelde hiërarchie in het zorggebiedenmodel de suggestie wekken dat specialisatie of complexiteit belangrijker is.

Voorzorg
Veel deelnemers vinden dat voorzorg nu juist niets met zorg te maken heeft: het heeft betrekking op de gehele maatschappij en het betreft een situatie waarin mensen (nog) geen zorgvraag hebben. Preventie: het voorkómen van (meer) zorgvragen, is volgens de meeste deelnemers onderdeel van elk zorggebied en niet exclusief voorbehouden aan de voorzorg. Wat betreft de rol van de zorgprofessional zijn er drie lijnen te onderscheiden:

- Voorzorg is zeker niet alleen een taak van de gezondheidsprofessionals, maar van de brede context er om heen: onderwijs, opvoeding, wonen, welzijn, de gemeente et cetera. Gezond gedrag en weerbaarheid moeten vroeg worden aangeleerd, bijvoorbeeld in het basisonderwijs.
- De zorgprofessional heeft een belangrijke taak bij het geven van voorlichting over bijvoorbeeld gezond gedrag. Ook voortijdig ziekten herkennen blijft een taak van de zorgprofessional. Juist specialistische kennis moet worden overgedragen, die zit nu 'vast' bij de specialisten.
- Voorzorg en preventie zijn de basis van het concept hoe je mensen gezond houdt. De huidige professionals zijn daar nog onvoldoende voor toegerust. Dit vraagt dus ook in de voorzorg om een ander type zorgprofessionals. En in de praktijk ook tot nieuwe taken (bijvoorbeeld gebruik maken van ICT om aan voorzorg en preventie te doen).

Gemeenschapszorg

De deelnemers zijn overwegend van mening dat de rol van de zorgprofessional klein is binnen de gemeenschapszorg. In een aantal groepen is men zelfs heel stellig: ga uit van welzijn en niet van zorg. Draai het om: begin bij welzijn/maatschappelijke ondersteuning en schakel pas zorg in als het nodig is. Er is een professional nodig die verbindt, coördineert, coacht et cetera, maar dit hoeft niet per se een zorgprofessional te zijn. Dit betekent voor het werk van de zorgprofessionals:

- Aansluiten bij het netwerk van burgers, maar ook bij vrijwilligers en het bredere netwerk, aansturen van vrijwilligers, coördineren van vrijwilligers (welzijnstaak).
- Signaleren, beoordelen of ingrijpen wel of niet nodig is en doorschakelen wanneer dit nodig is, vangnetfunctie voor de meest kwetsbaren.
- Opleiden/voorlichten van burgers, mantelzorgers, vrijwilligers, ondersteunen bij vraagarticulatie en zelfmanagement, kennisoverdracht (ook over de mogelijkheden van techniek) en kunnen omgaan met de eigen verantwoordelijkheid van burgers.
- Afstemming bij terugverwijzen en ontzorgen (terugbrengen naar het netwerk) tussen professionals in de wijk en bij transities tussen de zorggebieden.

Laagcomplexe en hoogcomplexe zorg

In de meeste bijeenkomsten is in de rol van zorgprofessionals in de laag- en hoogcomplexe zorg gezamenlijk besproken, waarbij meestal geen duidelijk onderscheid is gemaakt tussen wat hoort bij laagcomplex en wat hoort bij hoogcomplex. De meeste deelnemers hebben de complexiteit opgevat als een continuüm: naarmate de verrichting, dan wel de keten complexer wordt, is meer inzet van (medische) specialismen nodig.

- Zorgprofessionals in de laag- en hoogcomplexe zorg moeten in de toekomst van 2030 sneller kunnen schakelen tussen de vier zorggebieden, d.w.z. tussen laag- en hoogcomplexe zorg, maar ook tussen hoogcomplexe en gemeenschapszorg en voorzorg. Zij zijn vooral bezig met het vaststellen, herstellen en behandelen van (hoogcomplexe) problemen op het gebied van functioneren met een sterke oriëntatie op voorzorg en gemeenschapszorg en met inzet van de nieuwste ondersteunende technologie. Zorgprofessionals in de hoogcomplexe zorg delen hun kennis en kunde met andere professionals in teams. In de laagcomplexe zorg moeten zorgprofessionals eigen regie kunnen stimuleren bij cliënten en in staat zijn om verschillende (zorg)scenario's te schetsen. De zorgprofessional in de laagcomplexe zorg let erop dat een zorgvrager kan blijven functioneren en monitort alle stappen als de zorgvrager dit niet zelf kan.
- Zorgprofessionals in de hoogcomplexe zorg zijn in staat zorg te de-escaleren. Bovendien zullen zij zorg gaan leveren in laagcomplexe voorzieningen. Dit vereist wel specifieke competenties van zorgprofessionals en houdt onder meer in dat ze in overzichtelijke, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden werken, kennis hebben van andere zorggebieden en gebiedsoverstijgende netwerken hebben.
- Zorgprofessionals zullen in toenemende mate integraal en multidisciplinair gaan werken. In de laag- en hoogcomplexe zorg is het belangrijk dat wordt samengewerkt met zorgprofessionals die ondersteuning bieden. Die kunnen immers ook weer een link leggen naar de gemeenschapszorg. De continuïteit van de zorg moet door de professional gewaarborgd worden. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid die niettemin helder moet worden belegd.

- In de toekomst zijn er meer generalisten en minder specialisten in de laag- en hoogcomplexe zorg. Enerzijds zien veel deelnemers in de nabije toekomst een generalistische zorgprofessional die breed is opgeleid en inzetbaar is, en voldoende bagage heeft om allerlei zorgvragen en gezondheidskwesties goed te herkennen om zodoende tijdig specialistische zorg in te schakelen. Anderzijds vindt men dat specialisten in 2030 beter moet kunnen 'helicopteren', maar tegelijkertijd hun specifieke kennis niet mogen verliezen. Zij leggen zich toe op kundige ingrepen, waarna zij in teamverband werken aan het zo snel mogelijk terugbrengen van de zorg naar de laagcomplexe- of gemeenschapszorg.

Bijlage 3: Bijeenkomsten broedplaatsen, denktanks en focusgroepen, presentaties

Broedplaatsen

Friesland
Startbijeenkomst, *30 september 2013*
Lokale denktank, *12 maart 2014*
Terugkomdag lokale denktank, *19 november 2014*

Amsterdam
Startbijeenkomst *16 september 2013*
Lokale denktank, *31 maart 2014*
Terugkomdag lokale denktank, *3 november 2014*

Rotterdam
Startbijeenkomst, *13 mei 2014*
Lokale denktank, *26 juni 2014*
Terugkomdag lokale denktank, *27 november 2014*

Landelijke denktanks
Jonge Specialist en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, *21 mei 2014*
NPHF Federatie voor gezondheid, *26 mei 2014*
Brancheorganisaties in de zorg, *1 juli 2014*
ZZP Nederland, *2 juli 2014*
Ouderen, *21 augustus 2014*
Landelijke Vereniging van Huisartsen, *27 augustus 2014*
Kunst, *8 september 2014*
Orde Medisch Specialisten, *11 september 2014*
Ziekenhuislandschap (Radboudumc), *2 oktober 2014*
GGZ Centraal, *17 november 2014*
Opleiders uit de broedplaatsen, *vrijdag 21 november 2014*

Focusgroepen veldraadpleging 1 (2013)
Opleidingen
UMC's / Ziekenhuizen *(2x)*
Leven Lang Leren *(nascholing)*
Toezicht
Pharmacie
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
Zorgondernemers
Beroepsbeoefenaren GGZ
Maatschappelijk werk
Fysiotherapie
Verpleging / verzorging
Verloskunde
Eerstelijns gezondheidszorg
Medisch Specialisten
Kennis en onderzoek
Mondzorg
Patiënten *(3 bijeenkomsten)*
Organisaties van Beroepsbeoefenaren

Ministerie van VWS
Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk
Broedplaats Amsterdam
Broedplaats Friesland
Gehandicaptenzorg
GGZ instellingen
Maatschappelijke dienstverlening

Focusgroepen veldraadpleging 2 (2014)

GGD GHOR Nederland
V&VN, Werkgroep Zorg 2025; De Jonge Specialist
NVMW, De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
Vereniging hogescholen; MBO raad; VSNU; Vereniging van Universiteiten
KNGF, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
NFU, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
CGS, College Geneeskundige Specialismen
NPHF, Federatie voor Gezondheid
NIP, Nederlands Instituut van Psychologen met o.a.
NVGZP, Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorgpsychologie; NVvP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; GGZ-Noord Holland
Actiz, Brancheorganisatie voor Zorgondernemers
CSO, Koepel van Ouderenorganisaties
GGZ Nederland, Klankbordgroep opleiden
Kennisinstituten: Movisie, Nivel, Nederlands Jeugdinstituut, RIVM, Verwey-Jonker Instituut, Vilans, ZonMw
KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
MOgroep, Brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening
Burgers Friesland
NOV, Nederlandse Organisaties Vrijwilligers LOVZ
Ergotherapie Nederland
KNMT, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde; NVM, Beroepsorganisatie voor mondhygiënisten; NVMKA, Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
OMS, Orde van Medisch Specialisten
Eerstelijnszorg, Ineen; LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging
Regioplus, Werkgevers in Zorg en Welzijn
ZZP Nederland; VvOCM, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; PPN, Pharmacovigilantie Platform Nederland
Burgers Amsterdam
Jeugd en Gezondheid(szorg), o.a. met Jeugdzorg Nederland, Vitras, Stichting Timon
IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg
Sport, o.a. met NOC-NSF, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, HAN Instituut voor Sport en Bewegingsstudies, Mullier Instituut
VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
G-32 gemeenten

Presentaties op congressen 2014

LVO Congres, *Ede, 14 maart 2014*
Grand Round, St. Radboud, *Nijmegen, 17 maart 2014*
NCVGZ, Rotterdam, *11 april 2014*
TNO congres Vitaal Verbinden, *Amersfoort, 18 juni 2014*

Leeromgeving 3.0, *Utrecht 4 november 2014*
Nurse Academy, *Amersfoort, 17 november 2014*
Symposium Palliatieve Zorg, *Lunteren, 26 november 2014*
KAMG Jaarcongres, *Nieuwegein, 28 november 2014*
EIZT Congres, *Den Bosch, 10 december 2014*
MMV Congres Voortdurend bewegen, *Nieuwegein 10 december 2014*

Overige presentaties 2014

Presentaties in de broedplaatsen en bij alle denktanks
Zonnehuisgroep, *Amstelveen, 15 januari 2014*
Vilans Diner Pensant, *Naarden, 20 februari 2014*
ZonMW Commissie Kwaliteit voor Zorg, *Den Haag, 6 maart 2014*
VWS DGV's en MT, *Den Haag 22 september 2014*
Bestuurdersoverleg *Amsterdam, 30 september 2014*
VBG, *Utrecht, 13 oktober 2014*
VitaValley, *Ede, 27 oktober 2014*
VWS/OCW bewindsliedenoverleg, *Den Haag, 29 oktober 2014*
Zonnehuisgroep, Amstelveen, *10 november 2014*
VWS/MEVA directie, Den Haag, *13 november 2014*
Sectoraal Adviescollege Hogere Gezondheidszorg Onderwijs, Utrecht, *12 december 2014*

Bijlage 4: Experts technologie, denktank Terschelling, ontwerpteam en meelezers

Expertteam Technologie

Prof. dr. Ir. H. Hermens, TU Twente
Dr. ing. F. Wieringa, TNO
Drs. S. Kalisingh, TNO
Dr. G. Tuijthof, TU Delft
Prof. dr. ir. P. Jonker, TU Delft
Dr. I. Valstar, ZonMw
Dr. G.J. Gelderblom, Hogeschool Zuyd

Geraadpleegde experts technologie (interviewronde)

Prof. dr. R. Bernards, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.
Prof. dr. I. Broeders, Universiteit Twente/Meander MC, Amersfoort.
L. Engelen, REshape and Innovation Center, Radboudumc.
Prof. dr. L. de Witte, Universiteit Maastricht /Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie
Dr. H. Ossebaard, Zorginstituut Nederland/ TU Twente
Prof. dr. J. van Os, Universiteit van Maastricht

Denktank Terschelling

A. Baartmans
Drs. D. Berndsen
Drs. M. Geurts
Mr. dr. T. Hooghiemstra
Dr. M. Huber
Drs. M. Jambroes
Mr. drs. C. Kervezee
Prof. dr. J. Klein
Ir. A. Rol
Mr. W. Sorgdrager
Drs. J. Tummers
Prof dr. G. van der Wal

Ontwerpteam

Drs. M. Geurts
Drs. A. Grotendorst
Drs. M. Jambroes
Dr. M. Kaljouw
Dr. M. Stadlander
Dr. K. van Vliet

Meelezers

Drs. A. Grotendorst
Drs. J. Ferdinandus, Erasmus MC
Dr. K. Rosmalen, LHV
Prof. Dr. R.J. van der Gaag, KNMG
Dr. B. Lahuis, Karakter Expertisecentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie
Prof. dr. ir. P. Jonker, TU Delft
Dr. W. Scholte-op-Reimer, HvA
Drs. G. van den Brink, Radboudumc
T. Jacobs, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
H. Agelink, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

Bijlage 5: Procesanalyse en inventarisatie goede praktijken

Procesanalyse

Onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut volgen het hele adviestraject via een procesanalyse. Het doel daarvan is de werkwijze van het adviestraject en de opbrengsten daarvan te beschrijven en overdraagbaar te maken. In de hieronder beschreven inventarisatie van goede praktijken staat het identificeren van werkzame elementen in zorgpraktijken in de broedplaatsen centraal. Daarnaast volgen de onderzoekers de werkzame elementen op het terrein van visieontwikkeling, werkwijze, context, draagvlakontwikkeling en overdraagbaarheid van onderdelen van het adviestraject zelf. Zo zijn alle uitgevoerde denktanks onderdeel van het proces om te komen tot een advies. Het bijwonen, verslaan en analyseren van deze denktankbijeenkomsten is onderdeel van de procesanalyse. Andere onderdelen van de procesanalyse zijn de overleggen tussen de broedplaatsen, de communicatie naar buiten, de vergaderingen van de adviescommissie zelf, en de werkwijze van het team van het Zorginstituut.

De werkwijze van de broedplaatsen Amsterdam/Amstelveen, Friesland, Rotterdam en Heerlen rond de totstandkoming van de broedplaatsen en de samenwerking tussen de betrokken zorgorganisaties zijn een volgend belangrijk onderdeel van de procesanalyse. Hierin kunnen belangrijke elementen aanwezig zijn die overname en implementatie in andere gebieden in Nederland kansrijk maken. De resultaten van de procesanalyse zijn de in de loop van het traject opgedane inzichten rond zorginnovatie. Ze bieden aanknopingspunten voor experimenten en aanbevelingen voor de implementatie van vernieuwingen die al tijdens de laatste fase van het adviestraject in de broedplaatsen en op andere innovatiegebieden in gang kunnen worden gezet. Deze inzichten zijn vanaf april te vinden op de website www.zorgin2030.nl.

Inventarisatie goede praktijken

Het Verwey-Jonker Instituut brengt in beeld welke elementen van het adviesontwerp over het zorglandschap in 2030 al in de huidige zorgpraktijk te vinden zijn. Hiervoor is allereerst door de projectleiders van de broedplaatsen een lijst van goede zorgpraktijken opgesteld. Vervolgens zijn hier zes innovatieve projecten uitgekozen aan de hand van de volgende drie criteria:

- De eigen regie van de burger wordt concreet ondersteund en versterkt.
- Gewerkt wordt vanuit een integrale benadering van de burger en zijn omgeving.
- Er is sprake van een concrete aanpak waarin nieuwe zorgconcepten en werkmethoden vanuit het principe ‘de regie bij de burger’ in uitvoering.

Met deze criteria zijn in de broedplaatsen Friesland, Amsterdam/Amstelveen en Rotterdam zes innovatieve zorgpraktijken geselecteerd.

Onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut hebben in deze 18 zorgpraktijken gesprekken gevoerd met zowel de projectleider als een uitvoerder en de praktijken geanalyseerd aan de hand van de kennis die tijdens het eerste jaar van het adviestraject is ontwikkeld. Het gaat met name om de toegankelijkheid van de zorg, goede informatieverstrekking waardoor burgers kunnen kiezen voor de zorg die bij hen en hun situatie past en de zeggenschap van burgers daarover, het betrekken van het netwerk, en de inhoud van de nieuwe professionaliteit en van de integrale aanpak. Het doel van de analyse van deze gesprekken is het identificeren en uitwerken van de werkzame elementen van deze zorginnovaties. Het onderzoek richt zich tevens op het formuleren van de mogelijkheden voor de implementatie van werkzame elementen op andere locaties in Nederland. De resultaten zijn vanaf april 2015 beschikbaar op de website www.zorgin2030.nl. Onderstaand een overzicht van de geselecteerde praktijken.

Broedplaats Friesland

1. De school als werkplaats
Een team van hulpverleners werkt op school, hanteert een integrale benadering en stelt de leerling en zijn behoeften centraal. Deze aanpak voorkomt niet alleen schooluitval van leerlingen, maar zorgt voor de-escalatie van zorg-, welzijn- en woonproblemen door vroegsignalering en via informele gesprekken met en adviezen voor de leerling.

2. TinZ (Netwerk dementie Friesland)
Een casemanager biedt ondersteuning aan een patiënt en diens mantelzorger bij het maken van keuzes of het bij het oplossen van praktische problemen op verschillende levensterreinen. De aanpak versterkt de eigen regie en zelfredzaamheid van de inwoners.

3. Mienskipssoarch
Een Meitinker (meedenker) ondersteunt inwoners in kleine gemeenten met hun welzijns-, woon-, en zorgvraag waar nodig en gewenst. De Meitinker zoekt naar oplossingen en verbindt, verschaft informatie en vergroot de keuzemogelijkheid van de inwoner. Uitgangspunt is denken in mogelijkheden en niet in beperkingen.

4. Gebiedsgerichte zorg
Het project is er op gericht het perspectief van de inwoner te borgen in het te ontwikkelen zorgaanbod. In de eigen leefomgeving worden groepsgesprekken gehouden op basis van een speciale werkmethode om de behoeften en ervaringen van inwoners te inventariseren.

5. Platform GEEF
Het is een netwerkorganisatie van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, opleidingsinstituten en woningcorporaties. Het doel is om domotica en eHealth toepassingen te introduceren bij de inwoners van Friesland en de toepassing daarvan te bevorderen.

6. Huisartsenhospitaal Drachten
Dit initiatief is er op gericht te voorkomen dat mensen met een acute zorgvraag in een ziekenhuis belanden. Deze mensen kunnen kortdurend opgenomen worden in het hospitaal. Huisartsen verrichten weer meer behandelingen en de zorg is met 24-uurs verpleegkundige zorg gewaarborgd.

Broedplaats Amsterdam/Amstelveen
1. Transmurale zorgbrug
Het doel van dit project is door het inzetten van een transitiecoach het functioneren van ouderen te behouden na hun ziekenhuisopname. De transitiecoach begeleidt de ouderen en hun mantelzorger na ontslag uit het ziekenhuis, en verbindt twee werelden: het ziekenhuis en de thuissituatie.

2. Dappere Dokters
Dappere dokters gaan in gesprek met de patiënt over het kiezen van optimale zorg in plaats van maximale zorg: meer zorg is niet altijd betere zorg. Ze gaan daarbij uit van de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ook zorgen ze voor een intensieve samenwerking tussen huisartsen, specialisten en andere zorgverleners om te komen tot die optimale zorg.

3. Palliatieve zorg afgestemd in de keten
Voor de behandeling en ondersteuning van mensen in de laatste fase van hun leven is er in het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam een palliatief team. De huisarts van de patiënt neemt ook hieraan deel. Bij de zorg die dit team levert, staan de wensen van de patiënt en diens naasten centraal.

4. Beter samen in Noord
Tien zorg- en welzijnsaanbieders hebben zich verzameld in de Krijtmolenalliantie (KMA) met als doel om de patiënten in Amsterdam-Noord beter te helpen. Het uitgangspunt is zoveel mogelijk in de eigen

omgeving op te lossen, daarna in de eerste lijn en als het moet in de tweede. Om vervolgens zo gauw het kan weer terug naar de eerste lijn te gaan.

5. Zichtbare schakel
Het doel is de functie van wijkverpleegkundige te rehabiliteren. Het innovatieve van dit project is dat de aparte domeinen van welzijn, zorg, eerstelijns- en huisartsenzorg meer aan elkaar worden geknoopt. De wijkverpleegkundige werkt outreachend, loopt en fietst in de wijken rond.

6. BigMove
Dit project staat voor een focus op Gezondheid en Gedrag. De interventie is gericht op mensen met psychische stoornissen in combinatie met somatische en/of psychosociale problematiek. Ze worden in wekelijkse groepslessen ‘verleid’ om in actie te komen om hun gezondheid te verbeteren.

Broedplaats Rotterdam

1. Samen één in Feijenoord
Dit is een wijknetwerk van meer dan 30 organisaties in de voormalige deelgemeente Feijenoord die actief zijn in de sectoren wonen, welzijn, zorg en participatie. De professionals werken vanuit een breed perspectief. De bewoner/patiënt staat centraal en niet de eigen (verkokerde) professie. De professional moet dus kennis hebben van de diverse leefgebieden.

2. Centrum Gezond gewicht
Een expertisecentrum waar patiënten, zowel kinderen als volwassenen met (morbide) obesitas, terecht kunnen. Gewerkt wordt met een integraal pakket aan behandelmogelijkheden. Het is de bedoeling de behandelingen met behulp van digitale en technologische middelen bij voorkeur in de woonomgeving van de patiënt te laten plaatsvinden.

3. Integrale aanpak astma/COPD
In de polikliniek Longziekten van het Sint Franciscus Gasthuis is een zorgpad voor mensen met astma en COPD ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op de adaptatie van de patiënt aan zijn aandoening. Het geeft ruimte voor gedragsverandering onder het motto ‘Hoe kunnen we een patiënt ondanks een chronische ziekte zich weer gezond laten voelen?’

4. Rijndam revalidatie
Bij Rijndam staat in de behandeling het zelfmanagement van mensen met ernstige beperkingen centraal met als doel: optimaal functioneren en participeren met en ondanks de beperkingen, vanuit de eigen regie. Bij zelfmanagement wordt gebruik gemaakt van moderne technologie (domotica, robotica, bewegingsregistratie en telemedicine) met veel ruimte voor nieuwe innovatieve technieken en methodes.

5. Buurtmannen en –vrouwen
Buurtmannen en –vrouwen bieden praktische ondersteuning aan mensen met een verslavingsachtergrond, een achtergrond in de psychiatrie of een sociaal geïsoleerd leven. Het initiatief is geheel gericht op verder herstel van zelfredzaamheid in eigen huis in de sociale context van de wijk.

6. Andere handen
De community Andere Handen is een ontmoetingsplek voor zorgwerkers en stakeholders zoals Wehelpen.nl en de Nationale Hulpgids. De leden van de community delen kennis en kunnen van elkaar leren, ongeacht achtergrond, functie of opleidingsniveau. Het doel is de cliënt van morgen beter te kunnen begeleiden en ondersteunen. Ze kunnen elkaar op laagdrempelige manier door technologie digitaal ‘ontmoeten’.

Bijlage 6: Prognoses 2030 broedplaatsen

Prognose Zorgvraag **Friesland** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

87.000 (+75%)[2] ≥ 75 jaar

84.000 (+29%) 65-74 jaar

341.000 (-10%) 20-64 jaar

138.000 (-11%) 0-19 jaar

≥ 65 jaar
71.000 functioneringsproblemen (+60%)

55-85 jaar
44.000 psychosociale problematiek (+29%)

18-64 jaar
64.000 psychische aandoeningen (-10%)

19-64 jaar
18.000 mobiliteitsproblemen (-10%)

≥ 19 jaar
307.000 chronische aandoeningen (+10%)
128.000 1 chronische aandoening (+1%)
179.000 >1 chronische aandoening (+16%)

12-18 jaar
21.000 chronische aandoeningen (-15%)
12.000 1 chronische aandoening (-15%)
9.000 >1 chronische aandoening (-15%)

3.500 mobiliteitsproblemen (-12%)

12-16 jaar
5.000 psychosociale problematiek (-17%)

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	4.900
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	35.000
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	19.000
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	6.300
Ernstige dementie	5.300

Psychosociale problematiek 55-85 jaar:	
Eenzaamheid	25.000
Depressie	21.000
Angst	16.000

Psychische aandoeningen 18-64 jaar:	
Angststoornissen	35.000
Stemmingsstoornissen	22.000
Middelenstoornissen	20.000
ADHD restverschijnselen *(18-44 jaar)*	4.200

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	171.000
Astma/COPD	47.000
Incontinentie	44.000
Diabetes Mellitus	37.000
Kanker	21.000
Dementie	18.000
CVA	13.000
Hartinfarct	10.500
Hartfalen (behandeling specialist)	6.600
Reumatoïde artritis (behandeling specialist)	4.000

Chronische aandoeningen 12-18 jaar:	
Allergie	7.800
Hoofdpijn	5.700
Astma	5.500
Eczeem	4.000
ADHD	3.100
Vermoeidheid	2.700
Buikklachten	2.700
Gehoorproblemen	1.600
Diabetes Mellitus	550
Hartaandoening	800
Anorexia/Boulimia	700
Kanker	400

650.000 (+1%) = TOTAAL AANTAL INWONERS FRIESLAND

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Rotterdam** 2030
Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

56.000 (+30%)[2] ≥ 75 jaar

61.000 (+33%) 65-74 jaar

400.000 (+2%) 20-64 jaar

143.000 (5%) 0-19 jaar

≥ 65 jaar

58.000 functioneringsproblemen	(+29%)

20-64 jaar

35.000 mobiliteitsproblemen	(+ 5%)

≥ 17 jaar

73.000 risico op eenzaamheid	(+7%)
49.000 risico op psychische aandoeningen	(+7%)
304.000 chronische aandoeningen	**(+11%)**
140.000 chronische aandoening	*(+7%)*
164.000 >1 chronische aandoening	*(+11%)*

12-17 jaar

4.500 chronische pijnklachten	**(+3%)**
7.600 risico op psychosociale problematiek	**(+7%)**

4-12 jaar

18.000 chronische klachten/aandoeningen	**(+7%)**
12.800 1 chronische klacht/aandoening	(+7%)
5.200 >1 chronische klacht/aandoening	(+7%)
6.600 risico op psychosociale problematiek	**(+7%)**

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:

lichte/matige dementie	3.100
mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	32.000
mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	16.000
ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	3.000
ernstige dementie	3.500

Psychische aandoeningen (alle leeftijden, huisartsregistratie):

Stemmingsstoornissen	11.000
Angststoornissen	4.600
Schizofrenie	1.200

Chronische aandoeningen 17 jaar en ouder:

Bewegingsapparaat	123.000
Astma/COPD	54.000
Diabetes Mellitus	44.000
Incontinentie	41.000
Kanker	36.000
Hartinfarct	21.000
CVA	19.000
Dementie	12.000

Chronische klachten/aandoeningen 4-12 jaar:

Eczeem	8.600
Allergie	5.100
Astma/bronchitis	4.800
Buikklachten	2.700
ADHD	1.800
Hoofdpijn	1.400
Chronische vermoeidheid	750
Diabetes Mellitus	250
Kanker	<50

660.000 (+7%) = TOTAAL AANTAL INWONERS ROTTERDAM

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amstelveen** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

12.000 (+43%)[2] ≥ 75 jaar

10.000 (+40%) 65-74 jaar

52.000 (+7%) 20-64 jaar

24.000 (+26%) 0-19 jaar

≥ 65 jaar

8.700 functioneringsproblemen	(+40%)

55-85 jaar

5.600 psychosociale problematiek	**(+29%)**
3.200 eenzaamheid	(+29%)
2.700 depressie	(+29%)
2.100 angst	(+29%)

20-64 jaar

850 mobiliteitsproblemen	(+ 0%)

18-64 jaar

9.800 psychosociale problematiek	(+10%)

≥ 19 jaar

46.000 chronische aandoeningen	**(+18%)**
19.000 1 chronische aandoening	(+14%)
27.000 >1 chronische aandoening	(+22%)

12-18 jaar

1.700 chronische klachten/aandoeningen	**(+37%)**
1.300 1 chronische klacht/aandoening	(+38%)
400 >1 chronische klacht/aandoening	(+37%)

12-16 jaar

900 risico op psychosociale problematiek	(+29%)

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	1.000
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	5.200
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	1.500
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	300
Ernstige dementie	750

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	1.700
Angststoornissen (bij huisarts)	700
Schizofrenie (bij huisarts)	200

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	21.000
Kanker	9.800
Astma/COPD	7.500
Incontinentie	5.500
Diabetes Mellitus	3.900
CVA	2.500
Dementie	2.400
Hartinfarct	1.600

Chronische klachten/aandoeningen 12-18 jaar:	
Hoofdpijn	1.000
Astma/bronchitis	650
Motorische problemen	400
Eczeem	400
Incontinentie	100
Diabetes Mellitus	100
CVA	<50

98.000 (+18%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTELVEEN

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam** 2030
Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Leeftijdsgroep	Aantal
≥ 75 jaar	61.000 (+56%)[2]
65-74 jaar	78.000 (+54%)
20-64 jaar	560.000 (+4%)
0-19 jaar	170.000 (+5%)

≥ 65 jaar

70.000 functioneringsproblemen	(+60%)

19-64 jaar

50.000 mobiliteitsproblemen	(+19%)

≥ 19 jaar

56.000 risico op psychische aandoeningen	(+27%)
81.000 risico op eenzaamheid	(+29%)
405.000 chronische aandoeningen	**(+16%)**
171.000 1 chronische aandoening	(+9%)
234.000 >1 chronische aandoening	(+20%)

13-17 jaar

16.100 chronische klachten/aandoeningen	**(+8%)**
10.400 1 chronische klacht/aandoening	(+8%)
5.700 >1 chronische klacht/aandoening	(+8%)
6.800 risico op psychosociale problematiek	**(+10%)**
3.700 matig risico	(+10%)
3.100 hoog risico	(+10%)

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	3.500
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	35.000
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	21.000
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	7.100
Ernstige dementie	3.600

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	15.000
Angststoornissen (bij huisarts)	6.200
Schizofrenie (bij huisarts)	1.700

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	202.000
Astma/COPD	62.000
Incontinentie	56.000
Diabetes Mellitus	56.000
Kanker	41.000
Hartinfarct	22.000
CVA	19.000
Dementie	12.000

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:	
Hoofdpijn	6.300
Astma/bronchitis	4.900
Eczeem	4.000
Chronische vermoeidheid	3.800
Buikklachten	2.400
ADHD	1.800
Hartaandoening	450
Diabetes mellitus	300
Anorexia/Boulimia	300
Kanker	50

NEDERLAND	(-2%)	383.000
OVERIG WESTERS	(+33%)	164.000
OVERIG NIET-WESTERS	(+47%)	122.000
MAROKKO	(+15%)	83.000
SURINAME	(-13%)	60.000
TURKIJE	(+10%)	46.000
NEDERLANDSE ANTILLEN	(-2%)	12.000

870.000 (+10%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Centrum** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Leeftijdsgroep	Aantal
≥ 75 jaar	6.800 (+124%)[2]
65-74 jaar	9.700 (+55%)
20-64 jaar	58.100 (-10%)
0-19 jaar	9.700 (-11%)

≥ 65 jaar

7.600 functioneringsproblemen	(+89%)

19-64 jaar

mobiliteitsproblemen	-

≥ 19 jaar

4.500 risico op psychische aandoeningen	(+12%)
7.300 risico op eenzaamheid	(+13%)
42.000 chronische aandoeningen	
19.000 1 chronische aandoening	(-1%)
23.000 >1 chronische aandoening	(+13%)

13-17 jaar

chronische klachten/aandoeningen	-
1 chronische klacht/aandoening	-
>1 chronische klacht/aandoening	-
r isico op psychosociale problematiek (%)	
matig risico	-
hoog risico	-

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:

Lichte/matige dementie	405
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	4.203
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	2.135
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	489
Ernstige dementie	388

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):

Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:

Bewegingsapparaat	19.834
Astma/COPD	6.383
Incontinentie	5.305
Diabetes Mellitus	4.959
Kanker	4.969
Hartinfarct	2.109
CVA	1.982
Dementie	1.292

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:

Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
Buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	46.000
OVERIG WESTERS	23.000
OVERIG NIET-WESTERS	9.900
MAROKKO	1.500
SURINAME	2.600
TURKIJE	900
NEDERLANDSE ANTILLEN	700

84.300 (-1%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM CENTRUM

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Noord** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

8.700
(+35%)[2]
≥ 75 jaar

10.200
(+45%)
65-74 jaar

62.400
(+19%)
20-64 jaar

24.900
(+17%)
0-19 jaar

≥ 65 jaar

9.600 functioneringsproblemen	(+47%)

19-64 jaar

mobiliteitsproblemen	-

≥ 19 jaar

7.300 risico op psychische aandoeningen	(+58%)
10.300 risico op eenzaamheid	(+41%)
49.000 chronische aandoeningen	
19.000 1 chronische aandoening	*(+18%)*
30.000 >1 chronische aandoening	*(+35%)*

13-17 jaar

chronische klachten/aandoeningen	**-**
1 chronische klacht/aandoening	-
>1 chronische klacht/aandoening	-
risico op psychosociale problematiek	**-**
matig risico	-
hoog risico	-

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:

Lichte/matige dementie	516
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	4.824
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	2.855
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	875
Ernstige dementie	521

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):

Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:

Bewegingsapparaat	26.326
Astma/COPD	7.840
Incontinentie	7.484
Diabetes Mellitus	7.528
Kanker	5.432
Hartinfarct	3.075
CVA	2.548
Dementie	1.735

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:

Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
Buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	(-2%)	45.000
OVERIG WESTERS	(+63%)	14.000
OVERIG NIET-WESTERS	(+80%)	18.000
MAROKKO	(+43%)	12.000
SURINAME	(-1%)	7.100
TURKIJE	(+55%)	8.500
NEDERLANDSE ANTILLEN	(+17%)	1.400

106.200 (+22%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM NOORD

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Oost** 2030
Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Leeftijd	Aantal	Verandering[2]
≥ 75 jaar	7.900	(+104%)
65-74 jaar	11.700	(+89%)
20-64 jaar	96.300	(+14%)
0-19 jaar	31.400	(+12%)

≥ 65 jaar
10.000 functioneringsproblemen (+98%)

19-64 jaar
mobiliteitsproblemen -

≥ 19 jaar
8.700 risico op psychische aandoeningen (+28%)

12.500 risico op eenzaamheid (+27%)

66.000 chronische aandoeningen
29.000 1 chronische aandoening *(+20%)*
37.000 >1 chronische aandoening *(+31%)*

13-17 jaar
chronische klachten/aandoeningen **-**
1 chronische klacht/aandoening -
>1 chronische klacht/aandoening -

risico op psychosociale problematiek **-**
matig risico -
hoog risico

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	438
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	4.877
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	3.061
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	1.124
Ernstige dementie	456

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	31.866
Astma/COPD	9.707
Incontinentie	8.587
Diabetes Mellitus	8.628
Kanker	6.380
Hartinfarct	3.162
CVA	2.835
Dementie	1.518

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:	
Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	73.000
OVERIG WESTERS	28.000
OVERIG NIET-WESTERS	17.000
MAROKKO	13.000
SURINAME	9.000
TURKIJE	5.200
NEDERLANDSE ANTILLEN	1.500

147.200 (+20%)= TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM OOST

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Zuid** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Aantal (verandering)	Leeftijd
12.700 (+41%)[2]	≥ 75 jaar
14.000 (+33%)	65-74 jaar
95.400 (-1%)	20-64 jaar
22.700 (+3%)	0-19 jaar

≥ 65 jaar

13.000 functioneringsproblemen		(+41%)

19-64 jaar

mobiliteitsproblemen	-

≥ 19 jaar

7.800 risico op psychische aandoeningen	(+19%)
12.100 risico op eenzaamheid	(+18%)
69.000 chronische aandoeningen	
31.000 1 chronische aandoening	(+4%)
38.000 >1 chronische aandoening	(+13%)

13-17 jaar

chronische klachten/aandoeningen	**-**
1 chronische klacht/aandoening	-
>1 chronische klacht/aandoening	-
risico op psychosociale problematiek	**-**
matig risico	-
hoog risico	-

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:

Lichte/matige dementie	778
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	6.812
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	3.881
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	1.050
Ernstige dementie	768

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):

Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:

Bewegingsapparaat	32.886
Astma/COPD	10.346
Incontinentie	8.996
Diabetes Mellitus	8.383
Kanker	7.697
Hartinfarct	3.573
CVA	3.234
Dementie	2.561

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:

Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	80.000
OVERIG WESTERS	33.000
OVERIG NIET-WESTERS	17.000
MAROKKO	5.300
SURINAME	5.100
TURKIJE	2.600
NEDERLANDSE ANTILLEN	1.600

144.700 (+5%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM ZUID

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Zuidoost** 2030
Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Inwoners	
≥ 75 jaar	5.700 (+77%)[2]
65-74 jaar	8.400 (+80%)
20-64 jaar	56.600 (+5%)
0-19 jaar	22.300 (+7%)

≥ 65 jaar

7.200 functioneringsproblemen	(+85%)

19-64 jaar

mobiliteitsproblemen	-

≥ 19 jaar

5.900 risico op psychische aandoeningen	(+27%)
9.800 risico op eenzaamheid	(+23%)
42.000 chronische aandoeningen	
17.000 1 chronische aandoening	(+11%)
25.000 >1 chronische aandoening	(+23%)

13-17 jaar

chronische klachten/aandoeningen	-
1 chronische klacht/aandoening	-
>1 chronische klacht/aandoening	-
risico op psychosociale problematiek	-
matig risico	-
hoog risico	

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	299
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	3.588
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	2.268
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	740
Ernstige dementie	325

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
bewegingsapparaat	21.698
Astma/COPD	7.237
Incontinentie	5.829
Diabetes Mellitus	6.822
Kanker	3.881
Hartinfarct	2.347
CVA	2.245
Dementie	1.083

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:	
Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
Buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	23.000
OVERIG WESTERS	12.000
OVERIG NIET-WESTERS	27.000
MAROKKO	2.600
SURINAME	23.000
TURKIJE	1.400
NEDERLANDSE ANTILLEN	3.600

93.000 (+12%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM ZUIDOOST

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam West** 2030

Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

7.900
(+88%)[2]
≥ 75 jaar

10.800
(+58%)
65-74 jaar

101.600
(+1%)
20-64 jaar

23.900
(+1%)
0-19 jaar

≥ 65 jaar

9.500 functioneringsproblemen	(+74%)

19-64 jaar

mobiliteitsproblemen	-

≥ 19 jaar

8.700 risico op psychische aandoeningen	(+9%)
12.500 risico op eenzaamheid	(+11%)
66.000 chronische aandoeningen	
30.000 1 chronische aandoening	(+7%)
36.000 >1 chronische aandoening	(+14%)

13-17 jaar

chronische klachten/aandoeningen	-
1 chronische klacht/aandoening	-
>1 chronische klacht/aandoening	-
risico op psychosociale problematiek	-
matig risico	-
hoog risico	

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	441
M-obiliteit -/+ lichte/matige dementie	4.677
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	2.911
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	1.055
Ernstige dementie	455

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	31.154
Astma/COPD	9.597
Incontinentie	8.330
Diabetes Mellitus	7.908
Kanker	6.061
Hartinfarct	2.947
CVA	2.596
Dementie	1.518

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:	
Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
Buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	74.000
OVERIG WESTERS	31.000
OVERIG NIET-WESTERS	15.000
MAROKKO	12.000
SURINAME	5.300
TURKIJE	6.300
NEDERLANDSE ANTILLEN	1.600

144.200 (+6%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM WEST

[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Prognose Zorgvraag **Amsterdam Nieuw West** 2030
Schattingen op basis van demografische ontwikkelingen[1]

Leeftijdsgroep	Aantal inwoners
≥ 75 jaar	11.300 (+21%)[2]
65-74 jaar	12.800 (+43%)
20-64 jaar	89.900 (+4%)
0-19 jaar	35.400 (+1%)

≥ 65 jaar
13.000 functioneringsproblemen (+41%)

19-64 jaar
mobiliteitsproblemen -

≥ 19 jaar
13.200 risico op psychische aandoeningen (+37%)

16.300 risico op eenzaamheid (+20%)

71.000 chronische aandoeningen
26.000 1 chronische aandoening (+3%)
45.000 >1 chronische aandoening (+22%)

13-17 jaar
chronische klachten/aandoeningen -
1 chronische klacht/aandoening -
>1 chronische klacht/aandoening -

risico op psychosociale problematiek -
matig risico -
hoog risico

Functioneringsproblemen 65 jaar en ouder:	
Lichte/matige dementie	638
Mobiliteit -/+ lichte/matige dementie	5.959
Mobiliteit en zelfzorg -/+ lichte/matige dementie	4.299
Ernstig fysiek -/+ lichte/matige dementie	1.784
Ernstige dementie	677

Psychische aandoeningen (alle leeftijden):	
Stemmingsstoornissen (bij huisarts)	-
Angststoornissen (bij huisarts)	-
Schizofrenie (bij huisarts)	-

Chronische aandoeningen 19 jaar en ouder:	
Bewegingsapparaat	37.973
Astma/COPD	10.825
Incontinentie	11.163
Diabetes Mellitus	11.711
Kanker	6.412
Hartinfarct	4.454
CVA	3.336
Dementie	2.256

Chronische klachten/aandoeningen 13-17 jaar:	
Hoofdpijn	-
Astma/bronchitis	-
Eczeem	-
Chronische vermoeidheid	-
Buikklachten	-
ADHD	-
Hartaandoening	-
Diabetes mellitus	-
Anorexia/Boulimia	-
Kanker	-

NEDERLAND	42.000
OVERIG WESTERS	23.000
OVERIG NIET-WESTERS	18.000
MAROKKO	36.000
SURINAME	8.000
TURKIJE	21.000
NEDERLANDSE ANTILLEN	1.400

149.300 (+7%) = TOTAAL AANTAL INWONERS AMSTERDAM NW

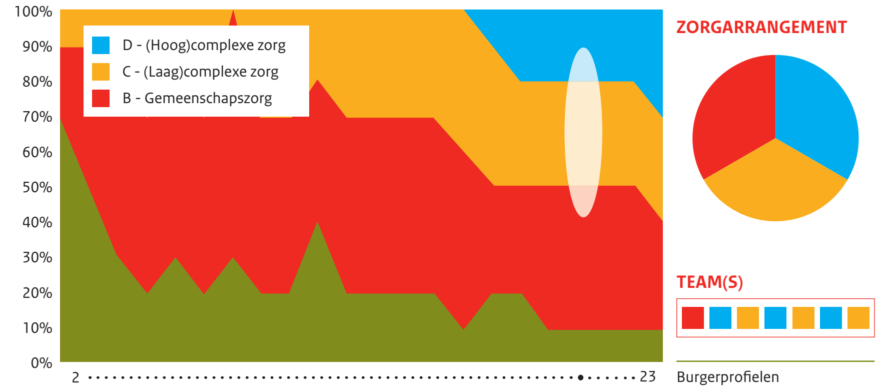
[1] *Gebaseerd op Populatiestudies, tenzij anders vermeld.* | [2] *Percentage toe- of afname t.o.v. 2012*

TNO, CHORUS ET AL., 2014

Bijlage 7: Voorbeelden

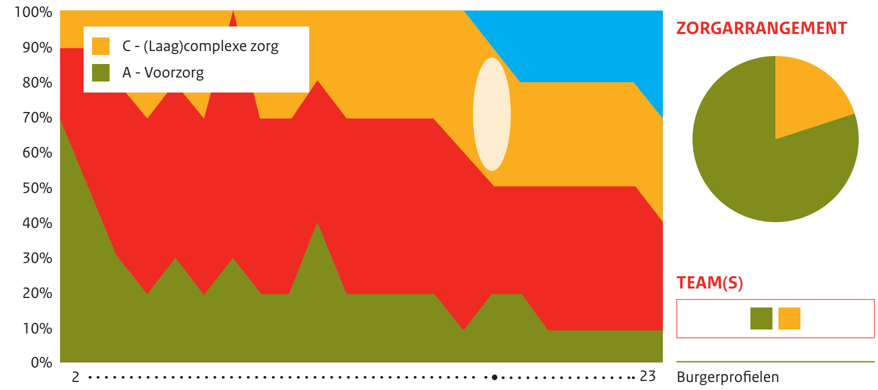
Om een indruk te krijgen van dit advies in de praktijk is in hoofdstuk 3 een praktijkvoorbeeld uitgewerkt van een 71-jarige vrouw met een heupfractuur na een val, twee chronische aandoeningen (artrose en chronisch hartfalen) en licht dementerend.

Voorbeeld 1: *Een tweejarige peuter bij wie neuroblastoomkanker wordt geconstateerd.*

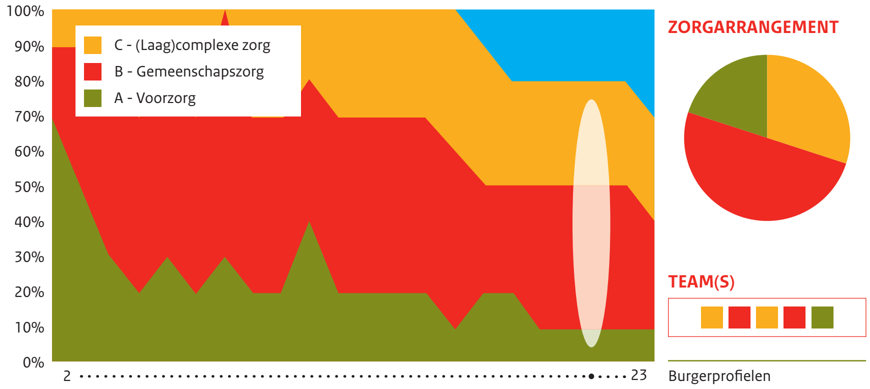


In eerste instantie wordt deze peuter behandeld in D (hoogcomplexe zorg). Wanneer de diagnostische fase en de eerste behandeling(en) zijn afgerond zal, indien mogelijk, een shared care fase met C plaatsvinden onder supervisie van D. Steeds meer en vaker zullen ook delen van de behandeling in de thuissituatie kunnen plaatsvinden (B). Het betreft hier een peuter, volledig afhankelijk van de ouders. Het gehele behandelproces zal in samenspraak met de ouders plaatsvinden.
Het zorgarrangement bestaat dus uit hoogcomplexe zorg, minder complexe zorg, thuiszorg en zorg die door het netwerk kan worden uitgevoerd. Het team (kan er één zijn of meerdere) wordt samengesteld uit professionals die beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het zorgarrangement uit te voeren. Een van de teamleden heeft de rol van regisseur en stemt af met de ouders en de andere deelnemers uit het team.

Voorbeeld 2: *Een jonge man van 20 jaar met een enkelvoudige botbreuk. Deze man wordt kortdurend behandeld in C (laagcomplexe zorg). Na behandeling is geen professionele zorg meer nodig. Revalideren kan hij op de sportschool.*

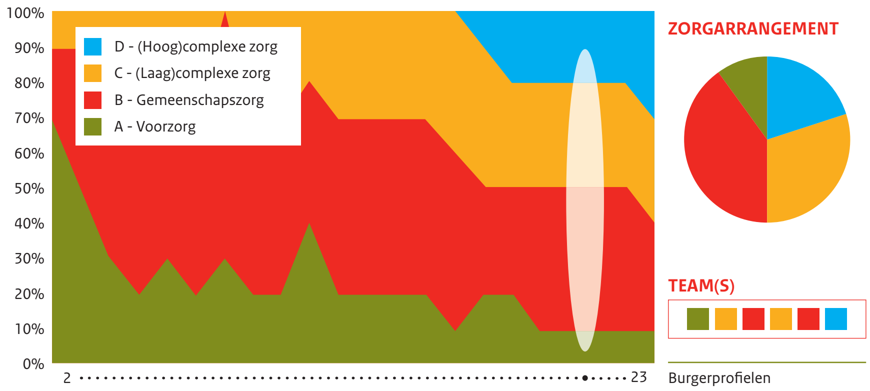


***Voorbeeld 3**: Een beschermd wonende autistische man van 55 jaar die zich zelf regelmatig verwondt.*



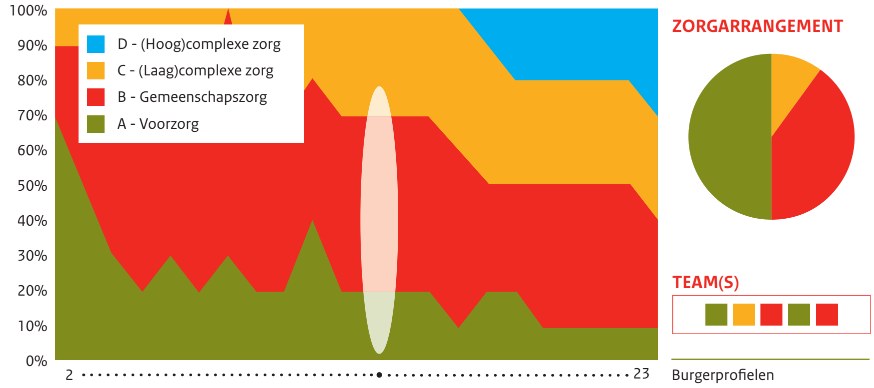
Beschermd of beschut wonen vindt plaats in B (gemeenschapszorg). Afhankelijk van de ernst van de verwondingen die de man zichzelf toebrengt zullen deze (meestal in B) soms in C worden behandeld. Belangrijker is de behandeling van zijn gedrag. Deze behandeling zal ofwel in C (ambulant) of door een professional uit C in B plaatsvinden. Het zorgarrangement zal gericht zijn op de behandeling van autistisch gedrag en het voorkomen van automutilatie. Het gaat hier over langdurige zorg en een langdurige relatie tussen het team en de autistische man. Het team betrekt ook hier de context en het netwerk erbij en zal gericht zijn op het zo zelfstandig mogelijk functioneren en participeren van de man in kwestie. Belangrijk is dat, indien mogelijk, zijn netwerk maximaal wordt ingezet. De regisseur is een teamlid waarbij continuïteit en vertrouwen van groot belang is.

***Voorbeeld 4:** Een ernstig verstandelijk en lichamelijk gehandicapte vrouw van 60 jaar. Ze heeft obesitas, diabetes type 2 en heeft een gedragsstoornis: ze bijt. Ze heeft over haar hele lichaam tweedegraads verbrandingen.*



Deze vrouw wordt eerst in D behandeld. Als de brandwonden behandeld zijn kan ze terug naar C waar ze verblijft in een beschermde omgeving. Het zorgarrangement is tijdelijk uitgebreid met zorgprofessionals die bekwaam zijn op het gebied van brandwonden en infectiegevaar. Als dit achter de rug is, richt het team zich weer op het bestaande langdurige zorgarrangement, gericht op comfort en welzijn, maar ook op overgewicht, diabetes en de gedragsstoornis. In het team komen professionele zorg, welzijn en netwerk elkaar tegen. De regisseur kan zowel een naaste als een professional zijn.

Voorbeeld 5: *Een 14-jarig meisje met veel schoolverzuim op het vmbo vanwege buikklachten. Ze woont met haar moeder en broertje, de ouders zijn gescheiden. Met vader heeft ze weinig contact. Moeder werkt vier dagen per week en is bang haar baan te verliezen. Er zijn geldzorgen. Het meisje heeft er moeite mee om op tijd op te staan, in de klas heeft ze concentratiestoornissen, haar cijfers zijn matig omdat ze regelmatig lessen mist. Ze heeft contact met oudere jongens en hecht veel waarde aan haar uiterlijk.*



De buikklachten worden, indien nodig, behandeld door een professional uit C in B, eventueel in C. De grootste problemen betreffen het gehele gezin en worden integraal aangepakt in A en B. Het arrangement zal voornamelijk een maatschappelijk arrangement zijn. Het gaat hier om financiële problematiek, opvoedkundige problemen en eventueel een lichamelijk probleem. Niet alleen het meisje, maar het hele gezin heeft een functioneringsprobleem. Van belang is dat hier ook het netwerk wordt ingezet en dat netwerk en maatschappelijk arrangement naadloos op elkaar worden afgestemd.